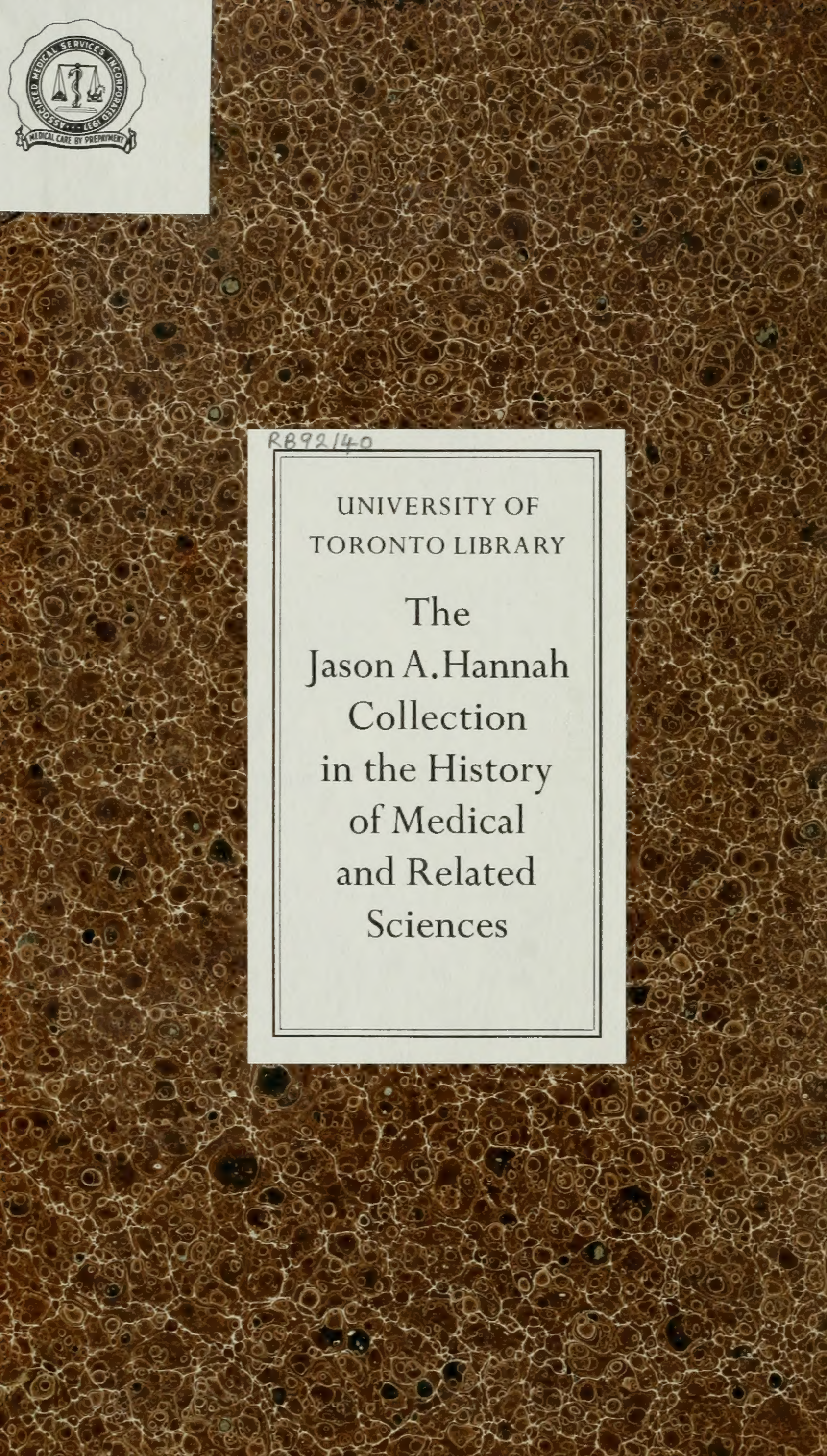
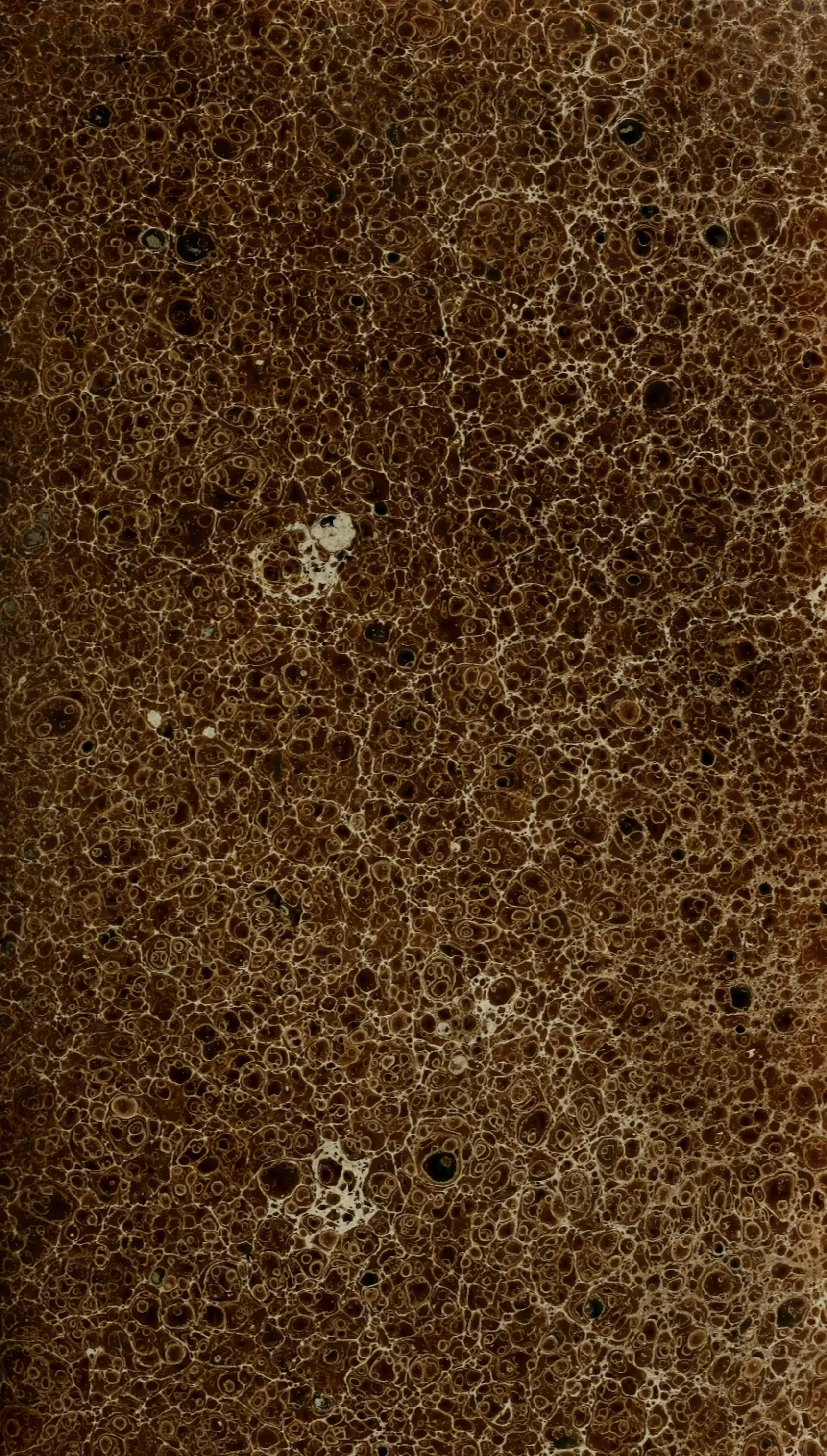



ASSOCIATED MEDICAL SERVICES INCORPORATED 1937
MEDICAL CARE BY PREPAYMENT



ESSAI

SUR

LA PHILOSOPHIE MÉDICALE ET LES GÉNÉRALITÉS

DE LA

CLINIQUE MÉDICALE.

OUVRAGES DE M. LE PROFESSEUR BOUILLAUD,

Qui se trouvent chez les mêmes Libraires.

TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DU COEUR, précédé de recherches nouvelles sur l'anatomie et la physiologie de cet organe. Paris, 1835, 2 vol. in-8°, avec huit planches gravées. 15 fr.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU en général et spécialement sur la loi de coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec cette maladie, ainsi que sur la formule des émissions sanguines coup sur coup dans son traitement. Paris, 1836, in-8°. 3 fr.

TRAITÉ CLINIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE L'ENCÉPHALITE ou INFLAMMATION DU CERVEAU et de ses suites, telles que le ramollissement, la suppuration, les tubercules, le squirrhe, le cancer, etc. Paris, 1825, in-8°. 7 fr.

TRAITÉ CLINIQUE ET EXPÉRIMENTAL DES FIÈVRES DITES ESSENTIELLES. Paris, 1826, in-8°. 7 fr.

TRAITÉ PRATIQUE, THÉORIQUE ET STATISTIQUE DU CHOLÉRA-MORBUS DE PARIS, appuyé sur un grand nombre d'observations recueillies à l'hôpital de la Pitié. Paris, 1832, in-8°. 6 fr. 50 c.

EXPOSITION RAISONNÉE D'UN CAS DE NOUVELLE ET SINGULIÈRE VARIÉTÉ D'HERMAPHRODISME observée chez l'homme. Paris, 1833, in-8°, fig. 1 fr. 50 c.

RECHERCHES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES tendant à réfuter l'opinion de M. Gall sur les fonctions du cervelet, et à prouver que cet organe préside aux actes de l'équilibration, de la station et de la progression. Paris, 1827, in-8°. 2 fr.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DU CERVEAU EN GÉNÉRAL, et sur celles de sa portion antérieure en particulier. Paris, 1830, in-8°.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE NOSOGRAPHIE MÉDICALE, GÉNÉRALE ET SPÉCIALE ; 5 vol. in-8°, *sous presse.*

ESSAI

SUR LA

PHILOSOPHIE MÉDICALE

ET SUR LES GÉNÉRALITÉS

DE LA

CLINIQUE MÉDICALE,

PRÉCÉDÉ D'UN

RÉSUMÉ PHILOSOPHIQUE DES PRINCIPAUX PROGRÈS DE LA MÉDECINE,

ET SUIVI D'UN PARALLÈLE DES RÉSULTATS DE LA FORMULE DES SAIGNÉES COUP SUR COUP AVEC CEUX DE L'ANCIENNE MÉTHODE, DANS LE TRAITEMENT DES PHLEGMASIES AIGUES.

PAR J. BOUILLAUD,

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

. . . . . . *Major mihi rerum nascitur ordo,*
Majus opus moveo. . . .
(VIRG., *Æneid.*, lib. VII.)

PARIS,

LIBRAIRIE DES SCIENCES MÉDICALES

DE JUST ROUVIER ET E. LE BOUVIER,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 8.

1836.

IMPRIMERIE D'HIPPOLYTE TILLIARD,
RUE SAINT-HYACINTHE-SAINT MICHEL, 30

PRÉFACE.

L'*Essai* que je soumets au jugement du public, a pour but essentiel d'imposer à l'étude de la médecine ce caractère *d'exactitude* sans lequel il n'existe aucune véritable science, et de lui imprimer la direction généralement suivie dans les sciences physiques proprement dites. Cette tentative n'est pas nouvelle, je le sais; mais les efforts de nos devanciers n'ont pas été tels, qu'il ne restât plus rien à faire après eux. Que dis-je? En est-il un seul qui ait développé sérieusement la grande question de l'application bien entendue des sciences exactes à la médecine? En est-il un seul qui ait abordé, avec les détails convenables, les points fondamentaux de la philosophie médicale? Non, cette matière est encore presqu'entièrement vierge, et si nous tenons à faire bien ressortir cette circonstance, c'est pour nous en servir comme d'un titre des plus légitimes à l'indulgence des lecteurs.

Le besoin d'un traité de *Philosophie médicale* est, d'ailleurs, généralement senti aujourd'hui: c'est une des grandes lacunes de la littérature médicale, qu'il appartient à notre siècle de combler.

Comme son titre l'indique, l'ouvrage que je publie n'est qu'un *essai*; je laisse à de plus habiles le soin de résoudre, d'une manière complète, toutes les questions que je me suis contenté d'effleurer. Tel qu'il est,

j'ai cru que cet ouvrage serait utile à ceux qui entrent dans la carrière de la médecine, et il n'a rien moins fallu que cette conviction pour me décider à le mettre au jour.

Je n'ignore point, en effet, le triste sort qui est réservé à des ouvrages où l'on est obligé de remonter aux principes mêmes de la médecine, et de poser pour ainsi dire les bases de sa constitution. C'est là une matière fort inflammable par elle-même, et qui le devient bien plus encore par les questions personnelles qu'on soulève nécessairement, en la traitant avec franchise et liberté : *incedo per ignes*....

En médecine, comme ailleurs, des esprits généreux ont, je le sais, arboré l'étendard de la conciliation. Mais, hélas! comment concilier pour longtemps des principes essentiellement ennemis et qui, comme ces nuages chargés d'une électricité différente, ne s'attirent et ne se rapprochent que pour se foudroyer. Cependant, objectera-t-on, peut-être, vous ne sauriez nier que la vérité ne se trouve dans un *juste milieu* entre deux opinions extrêmes. Elle s'y trouve quelquefois, en effet, quoique pas toujours. Mais que fait cela à la proposition précédente? Quelle que soit la place qu'occupe un principe vrai, qu'il soit à *droite*, à *gauche* ou au *centre*, en tant que principe, il se comporte toujours de la même manière, et il ne saurait vivre en bonne intelligence avec des principes qui lui sont opposés. Encore une fois, les principes *démontrés* ne capitulent pas, ne font pas de concession, ne se rendent pas. Or, sans démonstration, point de science. Je conviens que la démonstration est difficile quand

il s'agit de certaines propositions médicales, et, jusqu'à ce que la vérité ait éclaté dans tout son jour, personne plus que moi n'est partisan du *doute philosophique*, de la tolérance *scientifique*. Nous verrons, au reste, dans le cours de cet *Essai*, à quels caractères on peut reconnaître la vérité en médecine, ainsi que dans les autres sciences d'observation.

Je crois avoir clairement prouvé, dans cet ouvrage, les rapports qui existent entre une partie des faits dont se compose la médecine et ceux dont s'occupent les sciences physiques proprement dites. Sous ce point de vue, la médecine, comme je l'ai écrit ailleurs, n'est que la *mécanique*, la *physique* et la *chimie* du corps *vivant*. En effet, dans l'étude des faits de l'ordre dont il s'agit, les médecins vraiment observateurs procèdent avec les mêmes méthodes que les physiciens et les chimistes (1). Ils observent les phénomènes, ils en recherchent les lois, et ils s'efforcent de remonter des phénomènes et des lois qui les régissent à la conception des forces générales qui animent les corps de la nature (2), for-

---

(1) Le calcul lui-même ou la *méthode numérique* rentre, ainsi que les méthodes *physiques* et *chimiques*, dans les méthodes usitées en médecine *exacte*. J'ai traité assez longuement ce sujet important dans le cours de cet *Essai*, et je regrette de n'avoir pas pu profiter alors de la savante discussion qui s'est élevée au sein de l'Académie des sciences sur le *Calcul des probabilités*, discussion postérieure à la composition de cet *Essai*. C'est en imposant ainsi à la médecine le frein des méthodes exactes, qu'on la préservera des erreurs dans lesquelles elle est si souvent tombée, et qu'elle s'élèvera à toute la *dignité* dont elle est susceptible.

(2) La méthode la plus sûre qui puisse nous guider dans la recherche de la vérité, consiste à s'élever, par induction, des phénomènes aux lois, et des lois aux forces. (Laplace, *Essai philosophique sur les probabilités*, page 258).

ces qu'on désigne aussi sous le nom de *causes ou de propriétés générales*, de *causes premières*, etc. Quant à ces forces, à ces causes, telles que le principe de la *gravitation* universelle, celui de l'affinité, etc., elles sont, j'en conviens, une simple conception de notre esprit, des *êtres de raison*, comme on le disait autrefois, et leur essence est pour nous un secret impénétrable. L'existence de pareilles causes en tant que substances, ou être réels, est même niée par certains savants, suivant lesquels on ne devrait étudier que les phénomènes et les lois de leur production.

Mais si l'homme, sous le point de vue de sa vie *organique*, pour parler le langage de Bichat, ne présente à l'observateur que des conditions matérielles et dynamiques dont on retrouve les analogues, les semblables dans les corps bruts eux-mêmes à l'état de mouvement, d'*activité*, en est-il ainsi sous le point de vue de cette *vie animale* ou de relation, qui se compose de phénomènes si différents de ceux de la vie *organique*? Ici la science de l'homme physique se rattache à celle de l'homme moral, la physiologie se rallie à la métaphysique ou à la psychologie. Or, laissant de côté et respectant profondément tout ce qui fait partie de la foi proprement dite, tout ce qui concerne les mystères de la pure *psychologie*, il est certain que nous reconnaissons chez nous mêmes l'existence des phénomènes de cette vie *sur-ajoutée*, par une forme particulière d'observation, savoir, l'observation *intérieure*, la *conscience*, le *sens interne*; tandis que pour étudier ces mêmes phénomènes et leurs modifications chez les autres, nous empruntons le secours

dés divers moyens d'expression, et l'*interrogation* proprement dite (1).

Quelque différents que soient les phénomènes moraux et intellectuels des phénomènes physiques, quelle que soit la cause première dont ils supposent l'intervention, quelque soit, en un mot, l'élément spirituel ou psychologique auquel on puisse les rattacher, il est évident qu'ils sont, d'ailleurs, soumis à des conditions organiques appréciables par nos moyens d'observation ou *d'expérimentation* directe, et qu'ils font essentiellement partie du domaine du physiologiste et du médecin.

Ainsi donc, on voit que, tout en faisant rentrer pleinement la médecine dans la classe des sciences d'observations, nous n'en professons pas moins qu'elle n'emploie pas les mêmes instruments d'observation et pour les phénomènes physiques proprement dits et pour les phénomènes psychologiques. On voit que, tout en étudiant les phénomènes intellectuels et moraux comme des fonctions, comme des actes d'un appareil organique (appareil nerveux), nous ne portons aucune

---

(1) La sensibilité, la volonté, la pensée étant des phénomènes qu'on ne peut ni *voir*, ni *toucher*, ni *entendre*, et le sens *interne* qui nous les fait reconnaître chez nous, ne pouvant nous les faire reconnaître directement chez les autres, on demande de quel droit nous en admettons néanmoins l'existence chez ces derniers. Cette question, puérile en apparence, est au fond extrêmement sérieuse. En effet, on admet généralement que l'observation est la source de toutes nos connaissances de fait. Or, c'est un fait pour nous que nos semblables *sentent*, *veulent*, *pensent*, bien que ce fait ne nous soit révélé directement par aucune méthode d'observation. Nous ne l'admettons donc réellement que par *induction*, et cependant il ne nous paraît pas moins certain que s'il nous était révélé par voie d'observation directe.

atteinte aux croyances psychologiques, matière sur laquelle chacun a le droit de professer librement son opinion. En un mot, nous ne nous occupons spécialement que de problèmes du ressort de l'expérience et de l'observation, et non de ces questions de *foi*, éternellement insolubles par la méthode expérimentale. Or, en se bornant ici à étudier les phénomènes, sans s'inquiéter de leur cause première, on peut, comme l'a très bien dit Laplace, « *porter dans la théorie de* « *l'entendement humain, la même exactitude que dans* « *les autres branches de la philosophie naturelle.* »

Certes, même avec les restrictions précédentes, nous n'espérons pas trouver un assentiment unanime à tous les principes de philosophie médicale que nous avons développés dans cet *Essai*. Toutefois, ce n'est pas cette partie de notre ouvrage qui soulèvera contre nous le plus d'opposition. Il contient trois autres parties qui roulent sur des objets plus féconds encore en discussions ardentes, savoir, 1° une esquisse sur les principales révolutions de la médecine, 2° des généralités sur les causes, la nature, la clasification, le traitement des maladies, et 3° un parallèle statistique entre les résultats que nous avons obtenus par la formule des saignées coup sur coup dans le traitement des principales phlegmasies aiguës et ceux obtenus par les méthodes généralement adoptées jusqu'ici.

Ce n'est pas impunément que l'on peut remuer les questions de réformes et de révolutions médicales, agiter par conséquent les intérêts et les passions de ceux qui ont pris une part quelconque aux réformes les plus récentes. Je ne le sais que trop, et c'est là un

point de la théorie ou de la philosophie du progrès dont je me suis occupé dans la première partie de cet ouvrage.

Quoiqu'il en soit, je déclare aux lecteurs que, dans tout ce que contiennent les quatre parties de cet essai, je n'ai été inspiré que par un amour sincère de la vérité et de la justice, et que je ne suis animé d'aucun sentiment haineux pour les personnes dont l'intérêt des saines doctrines m'a forcé quelquefois de combattre les opinions.

Quelques-uns me reprocheront, sans doute, d'avoir attaqué, avec trop de chaleur, certaines doctrines, certaines oppositions aux grandes réformes dont la médecine s'est enrichie depuis une vingtaine d'années. A cela je répondrai que j'ai cependant adouci bien des attaques, que j'aurais voulu les adoucir encore davantage, mais que je n'aurais pu le faire sans manquer entièrement le but que je me proposais.

A une époque où le bruit confus de mille voix opposées règne dans le monde médical, on ne peut se faire entendre qu'en parlant un peu haut ; à une époque où tant de partis contraires se disputent l'empire de la science, on ne peut prétendre à faire triompher quelques convictions, sans animer un peu les esprits, et les exciter au degré nécessaire pour que les preuves positives sur lesquelles reposent ces convictions puissent produire tout leur effet. Je n'ignore point qu'il est encore ici des bornes qu'il ne faut pas franchir, et je me suis efforcé de me conformer à ce précepte du poëte :

Est modus in rebus; sunt certi denique fines,
Quos ultrà citràque nequit consistere rectum.

Je ne sais si les hommes impartiaux et éclairés qui voudront bien se mettre en quelque sorte à ma place, blâmeront la manière dont j'ai procédé dans les discussions auxquelles j'ai soumis les doctrines de quelques auteurs; mais je puis affirmer que la franchise, la loyauté, la bonne foi ont toujours présidé à ces discussions, et que je ne me plaindrai jamais de ceux qui discuteront ainsi mes propres opinions (1).

(1) Honte à ceux qui pour combattre leurs adversaires ont recours à la falsification des faits et des opinions ! Il m'est bien pénible de dire que quelques écrivains ont attaqué avec une arme pareille les résultats que j'ai obtenus par la formule des émissions sanguines coup sur coup. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à lire un article qui a paru tout récemment dans un journal (*Bulletin de thérapeutique*, avril 1836). Il faudrait la plume de Pascal pour faire bonne justice de ce petit chef-d'œuvre dans l'art d'argumenter par voie de mauvaise foi et de calomnie, si le mépris n'était la meilleure réponse à certaines attaques.

ESSAI

SUR LA PHILOSOPHIE ET LES GÉNÉRALITES

DE LA

CLINIQUE MÉDICALE.

PREMIÈRE PARTIE.

RÉSUMÉ PHILOSOPHIQUE DES PRINCIPALES ÉPOQUES DE LA MÉDECINE, SUIVI D'UN COUP D'OEIL RAPIDE SUR L'HISTOIRE DES INSTITUTIONS CLINIQUES.

PREMIÈRE SECTION.

ESQUISSE PHILOSOPHIQUE DES PROGRÈS DE LA MÉDECINE (1).

ARTICLE PREMIER.

État de la Médecine depuis Hippocrate jusqu'aux Arabes.

La première origine de la médecine, comme celle de toutes les autres sciences, se perd dans la nuit des temps. Elle date d'une époque bien antérieure à celle d'Esculape lui-même, et, semblable à la source du Nil, le berceau de la science de l'homme malade se dérobe à notre exploration. Citons à cet égard l'opinion de Sydenham et de Baglivi, en commençant par celle du premier de ces deux

(1) Pour des détails plus étendus sur ce sujet, nous renvoyons le lecteur à la troisième édition de l'ouvrage de M. Broussais, intitulé : *Examen des doctrines médicales.*

célèbres observateurs : *Quemadmodùm a naturâ ità comparata est humani corporis fabrica, ut nec præ jugi particularum fluxu sibi semper constet, nec præ externarum rerum vi sui juris ubique permaneat, undè multiplex ægritudinum cohors terris ab omni ævo incubuit; sic procul omni dubio à multis jàm sæculis antè natum non* GRÆCUM *modò, sed (qui mille annis hunc antecedit)* ÆGYPTIUM ÆSCULAPIUM, *hominum ingenia investiganda medelæ necessitas exercuit. Et profectò, ut quis primus ædificiorum aut vestimentorum usum ad depellendam cœli inclementiam instituit, nemo facilè dixerit, ita et* ARTIS MEDICÆ *natales, ut Nili fontem, indigitare nequimus* (1).

Voici maintenant les paroles de Baglivi :

Necessitas medicinam invenit, experientia perfecit; quæ quidem primâ ætate rudis erat, ac stupida; progressu vero temporis, accedentibus in dies novis observationibus, sibique mutuò facem quasi præferentibus, cunctâ præsertim regente ac moderante rationis lumine, liberalis facta est et erudita.

Comme le dit très bien le médecin de Rome, la Médecine, fille du temps, de l'observation, de l'expérience et de la raison, parcourt, à l'instar des individus, divers âges, subit de nombreuses évolutions, et n'arrive à son complet développement qu'après avoir passé par un véritable état d'enfance. Cette vérité est devenue, de nos jours, tellement évidente, j'ai presque dit si banale, qu'il serait superflu d'y insister longuement. Quoi qu'il en soit, laissant de côté la prétendue origine divine et les temps fabuleux de la médecine, nous allons passer rapidement en revue ses ères historiques les plus remarquables.

Nous n'avons guère de monuments qui puissent nous donner une juste idée de l'état de la médecine chez les

---

(1) *Th. sydenham opera omnia; præf.*

Égyptiens, ces premiers instituteurs des nations. Il paraît seulement qu'elle y fut cultivée avec ardeur ; et, s'il faut en croire Pline, les rois eux-mêmes pratiquaient l'ouverture des cadavres, pour y rechercher les traces des maladies. : *Ab regibus quoque corpora mortuorum ad scrutandos morbos insecabantur.*

Les Grecs transportèrent chez eux et s'approprièrent les connaissances médicales de l'Egypte, comme, d'ailleurs, les autres connaissances alors répandues dans ce premier foyer des lumières et de la civilisation.

Hippocrate est généralement considéré comme le vétable créateur de la médecine, *medicorum Romulus*, pour nous servir d'une expression favorite de Sydenham. Ce grand observateur à qui la postérité décerna le nom de divin (*divus Hippocrates*), ainsi qu'à Platon, son contemporain et son compatriote, est le plus auguste représentant de la médecine des temps anciens, et son règne a duré jusqu'à l'époque fameuse où s'accomplit le grand phénomène de la chute de l'empire romain. A la renaissance des sciences et des arts, la médecine hippocratique fut, pour ainsi dire, *restaurée*, et pendant un certain temps domina de nouveau dans les écoles. Mais n'anticipons pas sur des événements dont nous parlerons plus loin.

Malheureusement pour le divin vieillard, le champ sur lequel son puissant génie observateur s'exerçait, était trop étroit. Privé du flambeau de l'anatomie et de la physiologie positives, dépourvu de connaissances physiques et chimiques précises, Hippocrate dut condamner ses hautes facultés à l'observation de certains phénomènes extérieurs des maladies, et à la détermination du rôle que jouaient certains modificateurs dans la production de ces mêmes maladies. On sait que les préjugés religieux de son époque ne lui permettaient pas d'ouvrir les cadavres, que, par conséquent, le *corps* des maladies intérieures lui échappa

complétement, et qu'il ne put, en quelque sorte, étudier que le reflet, l'ombre de ces maladies.

Hippocrate attachait, d'ailleurs, un grand prix aux méthodes d'exploration. Pouvoir explorer, dit-il, est, à mon avis, une grande partie de l'art. Et tel était son génie explorateur, qu'il avait déjà essayé, je n'ose dire découvert, la méthode de la *succussion* et même celle de l'*auscultation*, pour le diagnostic des maladies de la poitrine. C'est Laënnec lui-même qui a rappelé à notre souvenir les passages oubliés, dans lesquels Hippocrate a proposé ces deux modes d'exploration. Voici celui relatif à l'auscultation, qui se trouve dans le traité *de morbis*, à l'occasion des signes distinctifs entre l'hydrothorax simple et les épanchements purulents. « *Vous connaîtrez par-là que la poitrine contient de l'eau et non du pus, et si, en appliquant l'oreille pendant un certain temps sur les côtés, vous entendez un bruit semblable au frémissement du vinaigre bouillant.* »

Vingt siècles devaient s'écouler avant que cette idée d'Hippocrate fût inventée pour ainsi dire une seconde fois, et merveilleusement fécondée par le génie de Laënnec.

Le père de la médecine nous a laissé un grand nombre d'ouvrages où brille un talent supérieur dans l'art de décrire les phénomènes qui tombent immédiatement sous les sens, et d'analyser l'influence de quelques agents extérieurs, tels que l'air, les aliments, etc., dans le développement des maladies. Ses remarques sur la *puissance médicatrice de la nature*, sur les *jours critiques*, sur les *signes pronostics*, ont, dans tous les siècles, excité l'admiration des vrais observateurs. Ses *aphorismes* ont été cités pour la plupart comme des articles de foi médicale. Toutefois, les temps sont déjà bien loin de nous, où toutes les sentences d'Hippocrate pouvaient être considérées comme autant d'oracles.

« Avoir une estime sentie pour Hippocrate, rendre « hommage à sa supériorité, le regarder comme le vrai « fondateur de la médecine d'observation, ce n'est point « croire qu'il a tout vu, tout observé ; ce n'est point adop- « ter servilement tout ce qui a été publié sous son nom, « ni admettre aveuglément toutes ses opinions et ses prin- « cipes dans le traitement des maladies. Que d'objets ont « échappé à sa sagacité ! que de propositions trop géné- « rales à modifier et à restreindre ! Combien la médecine « ne s'est-elle point enrichie par les travaux successifs de « ceux qui l'ont exercée dans tous les âges avec un juge- « ment sain et des principes solides !... »

Ces paroles de l'auteur de la *Nosographie philosophique* ne sauraient être trop méditées. Elles répondent à ces modernes *hippocratistes* pour qui le progrès consiste à marcher à reculons, et qui voudraient faire rétrograder la médecine de vingt siècles.

Quoi qu'il en soit, les meilleurs, les légitimes ouvrages d'Hippocrate sont ainsi intitulés : *Aphorismi; liber Prænotionum*; *liber primus et tertius Epidemiorum; de Aere, Locis et Aquis.*

Passons aux successeurs d'Hippocrate.

Asclépiade essaya d'appliquer à la médecine la physique et la mécanique de son temps, et fut le créateur de la médecine *atomistique.*

Environ un siècle après, Thémison fonde son fameux système du *strictum* et du *laxum*, véritable brownisme de cette époque reculée.

A l'époque où Celse écrivit son traité *de re medicâ*, c'est-à-dire un demi-siècle après la naissance de Jésus-Christ, déjà, comme aujourd'hui, les médecins se partageaient en trois sectes bien distinctes, dont cet élégant écrivain expose avec une clarté et une précision remarquables, les diverses opinions.

L'une est celle des *dogmatistes*, qui, tout en admettant la nécessité de l'observation hippocratique, pensent que les principes de nos corps, la structure des parties, les causes, soit cachées, soit manifestes des maladies, doivent être connus des médecins. Cette secte était la continuation de Thémison, auteur du système *dichotomique*, célèbre sous le nom de *strictum* et *laxum*. La seconde est celle des *empiriques*, qui, pour éviter l'abus qu'on avait fait du raisonnement, tombant dans l'excès opposé, soutiennent qu'on ne doit s'attacher qu'aux résultats simples de l'observation et de l'expérience. La troisième secte, sorte de juste-milieu ou d'éclectisme de cette époque, est connue sous le nom de secte des méthodistes. « Les divisions « entre les dogmatistes et les empiriques donnent lieu, « dit Pinel, à la secte des méthodistes, qui prennent le « MILIEU entre les deux sectes rivales, mais qui, pour se « distinguer par une innovation remarquable, réduisent « les maladies à trois classes générales, suivant l'état de « constriction ou de relâchement des solides : *strictum*, « *laxum et mixtum.* » Soranus, d'Éphèse, met la dernière main au système des méthodistes, et tous les critiques considèrent ce médecin comme le véritable auteur des écrits publiés sous le nom de *Cœlius Aurelianus*.

Arétée, de Cappadoce, a été placé au rang des éclectiques. Il s'est rapproché, autant et plus que qui ce soit, d'Hippocrate. Ses ouvrages sont ceux d'un observateur profond et méthodique. Sa description de la phthisie a été citée d'âge en âge comme un modèle, un chef d'œuvre de *nosographie* proprement dite. En effet, elle annonce un grand peintre, et considérée pour l'époque où elle parut (1), elle est digne de tous les éloges qui lui ont été accordés.

---

(1) On ignore dans quel siècle précis Arétée a vécu ; on ne sait même pas, d'une manière certaine, dans quel lieu il a exercé la médecine.

Cinq siècles après Hippocrate, parut Galien, qui partage avec lui la gloire d'avoir régné pendant plusieurs siècles dans toutes les écoles de médecine. Doué d'une rare capacité, d'une imagination brillante, il discuta, commenta les doctrines de ses prédécesseurs et celle d'Hippocrate en particulier. Il se fit distinguer, comme praticien, par un luxe de formules tel, que plus tard *galénisme* et polypharmie devinrent des mots synonymes.

Les écrits de Galien sont très nombreux. Quelques-uns prouvent que cet illustre médecin possédait des connaissances anatomiques qui manquaient à Hippocrate. Il se perdit dans un déluge d'explications stériles, fournies pour la plupart par une application malheureuse de la philosophie d'Aristote à la médecine.

Cœlius Aurelianus, Oribase, Alexandre de Tralles et Paul d'Egine soutinrent l'honneur de la médecine Hippocratique et Galénique, mais ne la développèrent, ne l'agrandirent pas assez pour devoir être placés ailleurs que parmi les compilateurs.

Déjà l'horizon de la médecine commence à s'obscurcir; bientôt les ténèbres s'épaississent, et comme toutes les autres sciences naturelles, la médecine reste en quelque sorte suspendue au milieu de sa course. Elle est réduite à un empirisme, et son exercice est confié au clergé.

ARTICLE II.

État de la Médecine du VIIIe au XVIIe siècle.

La longue barbarie qui, sous le nom de moyen-âge, régna dans toute l'Europe, après la chute de l'empire romain avec lequel s'écroula pour ainsi dire l'édifice de l'ancienne civilisation, ne permit pas à la médecine de s'enrichir de grandes découvertes.

Cependant, du sein de ce moyen-âge, si sévèrement

jugé par quelques auteurs, devait naître une nouvelle société bien supérieure, sous le point de vue scientifique du moins, à celle qui venait de s'éteindre. C'est du moyen-âge, c'est de ses fécondes entrailles que sont issues ces mâles générations qui devaient un jour découvrir l'imprimerie, la *boussole*, le *mouvement* de la terre, le système de la *gravitation*, la *circulation* du sang, et un nouveau monde *physique* tout entier, qui régénérèrent le monde moral et reformèrent à la fois et la science et la politique et la religion. Ce grand enfantement d'une nouvelle civilisation ne s'accomplit, il faut en convenir, qu'au milieu de sanglantes discussions et d'horribles convulsions. Mais cessons d'accuser un époque dont nous sommes les descendants, car il ne faut pas oublier que, pour les générations comme pour les individus, c'est un devoir de ne pas flétrir la mémoire de leurs pères. Plus on étudiera philosophiquement la période du *moyen-âge*, plus on se convaincra qu'elle remplit sa mission aussi dignement que les époques subséquentes accomplirent la leur, et qu'elle ne diffère de celles-ci réellement qu'en ce qu'elle est née avant elles.

Vers le VIIIe siècle, l'astre de la médecine, trop longtemps éclipsé, commence à reparaître. Les arabes fondent à Cordoue une école qui devait plus tard donner naissance à la célèbre école de Salerne (vers le commencement du XIe siècle), et à celle de Montpellier (vers la fin du XIIe siècle). Hali-Abbas, Rhazès, Avicenne, Avenzoar, Averrhoès, Albucasis doivent être considérés comme les pères ou les représentants de la médecine arabe. Les ouvrages de ces arabistes ne sont, au reste, que d'indigestes compilations des anciens, hérissées d'explications *galéniques* et *péripatéticiennes*. Faisons néanmoins une exception en faveur de quelques pages de Rhazès sur la petite vérole, où l'on voit briller, avec plaisir, l'esprit de saine observation.

Quoiqu'il en soit, c'est à la Faculté de Médecine de Paris

qu'appartient l'honneur de la restauration définitive de la médecine grecque. Dès le XIIe siècle, elle alla puiser dans la bibliothèque de l'école de Cordoue, les auteurs originaux, précieux débris qui, après avoir échappé à l'incendie de la bibliothèque d'Alexandrie, arrivé vers le milieu du VIIe siècle, furent probablement transportés à Cordoue par les Arabes.

Dans les XIV et XVe siècles, on vit se calmer un peu les orages au milieu desquels la civilisation nouvelle se constitua : sur l'horizon de l'Europe on vit luire, avec un éclat nouveau, l'astre scientifique, et l'esprit d'observation se dégager de la longue obscurité dans laquelle il était resté plongé. Les découvertes en divers genres naissent et se multiplient de toutes parts.

Affranchis d'absurdes préjugés, les médecins de quelques contrées de l'Europe purent enfin interroger les cadavres. Un nouveau monde se découvrit en quelque sorte aux observateurs. L'anatomie et la physiologie s'organisent.

Alors ce ne fut pas seulement l'art d'observer qui fit de nouvelles conquêtes, mais aussi l'art de répandre, de disperser, de propager les livres dans lesquels étaient consignés les résultats des observations. En effet, c'est vers la fin du XVe siècle, qu'eut lieu la *divine* découverte de l'imprimerie, de cet art qui donne en quelque sorte des ailes au commerce sublime des produits de la pensée; qui anime pour ainsi dire la matière elle-même et lui enseigne l'écriture. C'est ainsi que plus tard l'emploi de la force élastique de la vapeur et l'usage des chemins de fer donneront aussi des ailes aux produits matériels de l'industrie, et abrégeront en quelque sorte l'espace et le temps en augmentant la rapidité du mouvement.

Restaurée dans l'Université de Paris, la médecine grecque ou d'observation ne fit d'abord que des progrès très lents. Le temps n'était pas encore venu pour cette uni-

versité de s'élancer dans la voie large et féconde des découvertes, et de refaire en quelque sorte les sciences qu'elle enseignait. « Les ouvrages des anciens, dit d'Alembert, commençaient à être communs, et on croyait n'avoir qu'à lire pour devenir savant, aussi on dévora sans distinction tout ce que les anciens nous avaient laissé, on les traduisit, on les commenta, et par une espèce de reconnaissance, *on se mit à les adorer* sans connaître à beaucoup près ce qu'ils valaient.» (*Discours préliminaire de l'Encyclopédie.*)

Vers le commencement du XVIe siècle, le galénisme règnait encore assez despotiquement dans les écoles, lorsqu'apparut dans le monde médical l'astre fameux de Paracelse. Doué d'une impétuosité d'esprit peu commune, d'une ardeur incroyable d'imagination et d'un instinct irrésistible de réforme, Paracelse déploie un nouveau drapeau ; autour de lui se range une secte nombreuse, et la guerre est désormais déclarée à cette ancienne médecine dont le galénisme s'était constitué le représentant.

A Dieu ne plaise que nous cherchions à ressusciter ni même à excuser complétement les rêveries des *paracelsites* (1), et l'astrologie, et les talismans, et la cabale ! mais nous croyons qu'en donnant ainsi le signal d'une grande révolution médicale, Paracelse n'a pas laissé un nom tout-à-fait sans gloire. Ce n'est pas, d'ailleurs, la première ni la dernière fois qu'on n'éleva rien de solide sur les débris de ce qu'on avait justement et légitimement renversé.

Un philosophe qu'on n'accusera point d'un génie d'exal-

---

(1) Paracelse se fit surtout remarquer par une application de la chimie et de la physique grossières de son temps à la médecine. Il divisa toutes les maladies, en cinq classes : 1° *ens dei*, maladies qui viennent de Dieu ; 2° *ens astrale*, maladies qui viennent des astres ; 3° *ens naturale*, maladies qui proviennent du vice de la nature ; 4° *ens pagoïcum*, maladies d'imagination et par enchantement ; 5° *ens veneni*, maladies qui dérivent d'une matière vénéneuse, soit interne, soit externe.

tation, Montaigne, a dit formellement que Paracelse avait changé et renversé la médecine grecque. Pinel, il est vrai, soutient que cette assertion ne repose sur aucun fondement réel. Sans doute, Paracelse n'a pas renversé les dogmes d'*observation* que nous ont légués les médecins grecs; mais ce n'est pas ainsi, ce nous semble, qu'il faut entendre l'assertion de Montaigne. Elle signifie seulement que de Paracelse date une ère nouvelle pour la médecine, et sous ce point de vue, elle est d'une rigoureuse exactitude. Au reste, ceux qui voudront assister pour ainsi dire en idée à ce combat de l'école des *paracelsites* contre les *galénistes* et les *aristotéliciens*, pourront lire l'ouvrage de Sennert, intitulé : *de chimicorum cum aristotelicis et galenicis consensu et dissensu*, publié à Wurtemberg, en 1629.

En 1617, Harvey s'immortalise par la découverte de la circulation du sang. La méthode expérimentale est généralement introduite dans les sciences naturelles.

C'est vers le milieu de ce siècle que parut Van-Helmont, auteur d'un système de médecine qui porte le nom d'*archéisme*.

L'ARCHÉE de Van-Helmont est un principe immatériel distinct de l'ame, qui a sous son empire tous les phénomènes de la vie, soit en santé, soit en maladie. Non seulement chaque être vivant avait, selon Van-Helmont, son *archée* ou son génie propre, mais chacun des organes avait aussi son archée particulier, lequel était toutefois d'un ordre inférieur à l'archée suprême, sorte de jupiter olympien, qui, de l'orifice cardiaque où il avait établi le siége de son empire, gouvernait tout l'ensemble du *petit monde* (1).

L'archée est doué de volonté et d'intelligence : il s'ef-

(1) Paracelse s'était servi du mot *archée* avant Van-Helmont, et avant Paracelse ce mot avait été créé par Basile Valentin. *Archée* signifie à la fois *principe*, *commencement*, *commandement*, *primauté*.

fraye, il éprouve des accès de colère, etc. C'est même dans les émotions et les souffrances de l'archée que Van-Helmont trouve la cause prochaine des maladies. Prenant la fièvre pour exemple, il fait remarquer que les causes de cette maladie sont toutes plus propres à offenser l'archée qu'à déranger la structure des parties. La période du froid provient de la frayeur de l'archée, etc.

Quant à l'inflammation, elle est due à une irritation qui attire le sang, et que Van-Helmont désigne métaphoriquement sous le nom d'*épine*; delà, cette célèbre expression d'*épine de Van-Helmont*.

A ses mystiques considérations sur l'archée, Van-Helmont, ainsi que nous l'avons déjà noté, mêla les grossières notions de physique, de chimie et d'anatomie qui avaient cours à son époque.

Adaptée à sa théorie *physiologique*, la thérapeutique de Van-Helmont, est, comme on le devine aisément, fort bizarre. Calmer l'archée, le stimuler, en régulariser les mouvements, voilà le fond des *indications*; et comme l'archée était un être intelligent, on conçoit qu'on pouvait avoir prise sur lui par l'imagination et certaines paroles en quelque sorte sacramentelles. C'est ainsi que du *mysticisme physiologique*, on passe inévitablement au *mysticismé thérapeutique*.

Van-Helmont avait pour la saignée une répugnance *historique*, moyen qui, disait-il, diminuait la masse de l'esprit vital, dont le sang était le réservoir. Il paya cher son horreur pour la saignée, s'il est vrai, comme le rapporte Guy-Patin, qu'il mourut frénétique, pour n'avoir pas consenti qu'on le saignât dans une pleurésie violente dont il fut atteint (1).

---

(1) Il est difficile d'ajouter foi entière au récit de Guy-Patin, puisque François Mercurius, fils de Van-Helmont, déclare que son père mourut en pleine connaissance, après l'avoir chargé du soin de pu blie r ses écrit

On ne crut pas longtemps (si jamais on y crut bien fermement) à la fable, à la vraie *mythologie* physiologique de Van-Helmont. A cette sorte de *paganisme*, Stalh substitua la théorie de l'*animisme*, qui, au fond, ne valait guère mieux. Aussi cette nouvelle *croyance* dont nous parlerons plus bas, n'eut-elle pas un long règne, et céda la place au vitalisme proprement dit, tel que les Barthez, les Chaussier et Bichat lui-même le développèrent plus tard.

ARTICLE III.

État de la Médecine pendant la fin du XVIIe siècle et pendant le XVIIIe.

Sur la fin du XVIIe siècle, et au commencement du XVIIIe, apparaissent comme deux nouvelles lumières de la médecine d'observation, et Sydenham, l'*Hippocrate* anglais, et Baglivi, l'*Hippocrate* romain. Laissant de côté les théories prématurées des Paracelse et des Van-Helmont, ils imprimèrent un nouveau mouvement à la description des signes des maladies et perfectionnèrent l'étiologie ainsi que le traitement de plusieurs d'entre elles.

Le premier de ces deux célèbres observateurs, bien digne, en effet, d'avoir été surnommé l'*Hippocrate anglais*, est un des plus grands peintres que possède la médecine. Il est en même temps un des hommes qui, les premiers, ont recommandé l'usage des systèmes ou des classifications méthodiques en médecine. Il dit expressément, 1° que les médecins doivent apporter à la classification des maladies le même soin qu'apportent les botanistes à la classification des plantes; 2° qu'en écrivant l'histoire des maladies, il faut faire abstraction de toute hypothèse philosophique, et noter avec la plus grande fidélité les phénomènes évidents et naturels des maladies, même les plus *petits*, comme ces peintres qui, dans leurs portraits, conservent les taches, les marques les plus légères de l'original; 3° qu'il im-

porte de bien observer les saisons de l'année qui favorisent le plus l'apparition de chaque genre de maladie (1). Il ajoute:

« *Sentio autem nostræ artis incrementum in his consis-*
« *tere, ut habeatur* historia, *sive omnium morborum des-*
« *criptio, quoad fieri potest, graphica et* naturalis; praxis,
« *seu methodus circà eosdem* stabilis *ac* consummata... »

Pendant quinze années consécutives, Sydenham se livra sans relâche à l'observation attentive des maladies, soit stationnaires, soit intercurrentes, et il fit subir une véritable révolution au traitement de plusieurs maladies aiguës. Chose étrange ! après avoir dit qu'on ne saurait trop admirer Sydenham, en tant que simple historien des maladies, l'illustre auteur de la *Nosographie philosophique* continue ainsi : « Sa pratique est bien loin de mé-
« riter les mêmes éloges : et comment concilier avec les
« principes éternels de la *force médicatrice de la nature*,
« ce qu'il dit au sujet du traitement de la pleurésie, qui,
« suivant lui, ne peut être guérie dans un adulte, qu'en
« lui faisant perdre quarante onces de sang par des sai-
« gnées successives (2)? » A l'époque médicale où il écrivait ce passage, époque où la *méthode expectante* était en grand honneur, Pinel ignorait que ce qu'il condamnait dans la pratique de Sydenham, était peut-être son plus beau titre à la reconnaissance de l'humanité; il ignorait qu'un jour viendrait où la méthode de Sydenham, poussée plus loin qu'il n'avait osé le faire de son temps, devait

---

(1) *Non inficior*, dit-il, *nonnullos morbos esse omnium horarum*; *alii tamen, nec pauciores, occulto quodam naturæ instinctu, annorum tempora, non secus quàm quædam aves aut plantæ, sequuntur*, etc.

(2) Il lui reproche surtout durement d'avoir adopté les idées de Botal sur l'article des larges émissions sanguines dans le traitement de la peste elle-même. En dernier ressort, la mémoire de Sydenham n'aura point à souffrir de cette espèce de solidarité.

donner des résultats tels, que la mortalité dans les maladies aiguës de l'espèce de la pleurésie, diminuerait de moitié, ainsi que nous l'avons prouvé numériquement ailleurs, et comme nous le prouverons encore dans un autre endroit de cet Essai.

Il est fâcheux que Sydenham ait été complétement privé des précieuses données fournies par l'ouverture des cadavres, et que cet illustre observateur n'ait pas eu d'hôpital pour théâtre de ses recherches.

On peut lui reprocher d'avoir émis, dans ses considérations, d'ailleurs si belles, sur les constitutions médicales, quelques idées peu exactes, et d'avoir, par exemple, exagéré l'influence qu'exercent certaines *conditions occultes* sur le traitement des maladies épidémiques qu'il appelle *stationnaires* (*stationariæ*) (1). Toutefois il a été bien moins loin que certains modernes, qui ont transporté aux maladies intercurrentes elles-mêmes, et non sans l'exagérer encore, ce qu'avait dit Sydenham de la nécessité de modifier sa pratique selon les constitutions. C'est là cependant un véritable contre-sens, puisque Sydenham reconnaît positivement que les maladies épidémiques *stationnaires* ne dé-

---

(1) « *Hoc saltem pro comperto habeo ex multiplici accuratissimarum* « *observationum fide, prædictas morborum species, præsertim febres continuas ita toto, ut aiunt, cælo differre, ut quâ methodo* currente anno « *ægrotos liberaveris, eâdem ipsâ* anno jam vertente *forsitan è medio* « *tolles : quodque, ubi semel in genuinam medendi rationem, quam hæc* « *vel illa febris species vindicat, auspicatò inciderim, ad eundem scopum* « *collimans (favente, ut fit, optimo numine) metam quasi semper attin-* « *gam. . . . . , donec extinctâ illâ specie novoque gliscente malo, anceps* « *rursum hæreo, quâ mihi viâ insistendum ut ægris subveniam, ac proindè* « *nisi ingenti adhibitâ cautelâ, intentisque omnibus animi nervis* vix ac ne vix « quidem possum efficere ne unus aut alter eorum, qui se primi meæ curæ « commiserint, vitâ periclitetur, *donec investigato jugiter tandemque pers-* « *pecto morbi genio, ad eundem perdomandum recto pede et intrepidus de-* « *nuo procedam.* »

pendent pas, comme les intercurrentes, d'une *constitution* caractérisée par telle ou telle qualité de l'air, mais d'une *constitution due à une sorte d'altération cachée et inexplicable survenue dans les entrailles mêmes de la terre* (1).

La doctrine de Baglivi ne diffère pas essentiellement de celle de Sydenham. Comme ce dernier, il se constitue le disciple de l'école hippocratique. Il proclame que l'*observation et la raison sont les deux pivots sur lesquels roule la médecine toute entière.* Il a entrevu l'influence que l'*inflammation des intestins et du mésentère* exerçait sur le développement de certaines fièvres, qu'il appelle même *mésentériques*, et il a fait de curieuses expériences pour prouver que la fièvre, considérée en elle-même, résidait dans le système sanguin. Enfin, il s'est élevé, avec Sydenham, contre la méthode *échauffante* dans les fièvres dites *malignes*.

C'est aussi au commencement du XVIII[e] siècle, que parut Boerhaave dont l'école s'étendit dans toutes les contrées de l'Europe.

« Brillant de génie, Boerhaave se laissa éblouir par un « système qui éblouit aussi tous les esprits de son siècle, « et qui fit, dans les sciences physiologiques, une révo- « lution que je compare à celle qu'opérèrent, dans les « sciences physiques, les tourbillons de Descartes. Le

(1) «*Variæ sunt nempe annorum constitutiones, quæ neque calori, ne-* « *que frigori, non sicco humidove ortum suum debent, sed ab occultâ potiùs* « *et inexplicabili quâdam alteratione in ipsis terræ visceribus pendent.* »

Voici maintenant ce que dit Sydenham des causes des maladies *intercurrentes.*« *Præ cœteris tamen ejusmodi febres, quæ omnibus in universum* « *annis competunt* (*quas ideò* intercurrentes *voco*), *ab hoc illove manifesto* « *aeris temperamento ortum ducunt*; *verbi gratiâ, pleuritis, angina, et reliquæ ejusdem farinæ*, quæ à subito calore, intensius ac diuturnum « frigus statim excipiente, plerumque invadunt. »

« nom célèbre de son auteur, l'ensemble séduisant de ses « dehors, assurèrent à cette révolution un empire qui « ne s'écroula que lentement, quoique sapé de toutes « parts dans ses bases mal assurées. »

C'est ainsi que l'auteur de l'*Anatomie générale* s'exprime sur le compte de Boerhaave. Nous verrons plus loin ce qu'il mit à la place des théories boerhaaviennes.

Pinel dit qu'on a justement reproché à Boerhaave d'*avoir abusé, en pathologie, des raisonnements pris de la mécanique* (1).

Corvisart juge avec moins de sévérité, disons mieux, avec plus de justice, le grand professeur de l'école de Leyde.

« Les erreurs de l'immortel Boerhaave, dit-il, sont « celles d'un grand génie, en dépit de ses détracteurs. » Il ajoute que : « la médecine a fait sans doute de grands « progrès depuis le commencement du XVIIIe siècle où « Boerhaave régnait avec une célébrité sans seconde, « jusqu'à la fin du même siècle ; mais qu'il ne faut « pas, comme il l'a entendu faire, blâmer Boerhaave » de n'avoir pas deviné, il y a soixante-dix ans, ce

---

(1) Pinel adresse le même reproche à Sauvages, dont la nosologie est un véritable cahos, plutôt qu'un système *méthodique*, bien que son auteur lui ait donné ce titre.

Il ajoute, à tort, que les principes des sciences exactes ne peuvent être nullement appliqués à l'histoire et au traitement des maladies, et s'appuie sur l'autorité de d'Alembert. Il reconnaît néanmoins l'utilité des recherches de Borelli sur la mécanique animale (*de motu animalium*) et des théories physico-mathématiques de la vision et de l'ouïe. Au reste, tout en mettant en doute si Boerhaave doit *occuper un des premiers rangs en médecine et être placé sur la ligne des inventeurs*, il lui *reconnaît un talent pour l'observation porté au plus haut degré, et dit qu'il offre un modèle de méthode descriptive et d'une exactitude sévère dans l'exposition des faits.* Pinel fait ici allusion au récit de deux cas fait avec détail par Boerhaave, et dont l'un est, si je ne me trompe, relatif à une rupture de l'œsophage.

« qu'on croit savoir aujourd'hui. » (*Trad. des Aphor. de Stoll.*)

Ce jugement de Corvisart nous paraît conforme à l'équité à la fois et à la saine philosophie. Accuser Boerhaave d'avoir appliqué les sciences physiques et mathématiques à la médecine, est, en principe, le fait d'une bien mauvaise logique. Ce n'est pas pour les avoir appliquées, mais pour les avoir *mal* appliquées, qu'il faudrait attaquer Boerhaave. Sans doute, sa théorie mécanique de l'inflammation, le fameux système de l'*obstruction*, était fondée sur des hypothèses. Si les expériences et les observations le démentaient, il fallait le rejeter, mais non pour cela proscrire, d'une manière absolue, la mécanique du domaine de la médecine. Au reste, ce n'est pas ici le lieu de discuter cette question, et nous allons parler d'un autre médecin célèbre, dont l'école disputa à celle de Boerhaave l'empire de la médecine : il s'agit de Stahl, le créateur de l'*animisme*.

Voici comment en parle Bichat, dans la préface de son *Anatomie générale*.

« Moins brillant que profond, riche en moyens qui « convainquent, quoique dépourvu de ceux qui sédui- « sent, Stahl forma pour les sciences physiologiques une « époque plus digne de remarque que celle de Boerhaave. « Il sentit la discordance des lois physiques avec les « fonctions des animaux : c'était le premier pas pour la « découverte des lois vitales; il ne fit pas cette décou- « verte. L'ame fut tout pour lui dans les phénomènes de « la vie; c'était beaucoup de négliger l'attraction, l'im- « pulsion, etc. Stahl sentit ce qui n'était pas le vrai; le « vrai lui-même lui échappa.... Les ouvrages de Stahl « offrent bien l'avantage réel de négliger tous ces pré- « tendus secours accessoires (ceux fournis par les « sciences physiques), qui écrasent la science en voulant

« la soutenir, mais comme ce grand médecin n'avait « point analysé les propriétés vitales, il n'a pu présenter « les phénomènes sous leur véritable aspect. »

Pinel admire aussi la *fierté* du génie de Stahl, qui s'élance hors des routes battues, et il se plaint seulement de l'âpreté de son style *tudesque*. Nous pensons qu'il y a quelque chose à rabattre des éloges accordés au système de l'auteur de la *vraie théorie de la médecine* (*theoria medica vera*). En effet, dans ce livre si vanté, on trouve une foule de propositions qui sont en flagrante contradiction avec les principes d'une saine philosophie médicale.

Professeur de médecine, de chimie et d'anatomie, Stahl propose de bannir de la médecine, comme inutiles et même dangereuses, la physique, la chimie et l'*anatomie elle-même*. La vraie théorie médicale, dit-il s'occupe de l'étude des mouvements vitaux, mais s'inquiète fort peu de la théorie physique, de la figure des atomes, de la proportion des éléments inertes et de la structure des organes.

Pour se conformer à cette règle de philosophie newtonienne, qui défend de multiplier les forces à l'infini, Stahl croit devoir rapporter tous les phénomènes de l'économie vivante à un seul principe, à une seule force, qu'il désigne sous le nom d'*ame*. C'est l'ame qui préside à la génération, et qui se construit en quelque sorte son corps; c'est elle qui nourrit ce corps, répare et régénère toutes les parties. Les mouvements appelés *toniques*, sont placés eux-mêmes sous le suprême empire de l'ame.

Le principe fondamental sur lequel repose tout le système de Stahl, le pivot autour duquel tourne sa théorie, est emprunté à la philosophie de Descartes et de Malebranche, alors en grande faveur et suivant laquelle l'*état de la matière est essentiellement passif. Le corps*, en tant que corps, dit Stahl, *n'a pas la force de se mouvoir, et il doit toujours être mis en mouvement par des substances*

immatérielles, et tout mouvement est un acte immatériel et spirituel.

Appliquant sa *physiologie* à la médecine, Stahl définit la maladie ainsi qu'il suit : *verum generalissimum subjectum œgritudinum est perturbata idea regiminis ipsius œconomiæ animalis.* C'est du combat qui s'établit entre les *efforts* des causes morbifiques et la *résistance* de l'*ame*, que naissent les phénomènes morbides.

Comme il avait une grande confiance dans l'*autocratie* de l'ame, Stahl fut un praticien peu *actif*, un médecin temporisateur, et il écrivit un livre sur la médecine expectante (*ars sanandi cum expectatione*). Il n'est pas, comme Van-Helmont, une sorte d'ennemi juré de la saignée, bien qu'il recommande d'en user avec une grande sobriété. Il la conseille dans les fièvres, attendu que dans ces maladies, selon lui, l'*ame a en vue de délivrer le corps du sang superflu.*

Le système de Stahl n'est autre que celui de Van-Helmont, sous une forme nouvelle. Il trouva de nombreux antagonistes dès son origine, et fut attaqué spécialement par Fréd. Hoffmann, professeur à la même université que Stahl (1).

Né du naturisme d'Hippocrate et de l'archéisme de Van-Helmont, l'*animisme* engendra à son tour le système du *vitalisme* dont nous aurons à nous occuper tout-à-l'heure. Delà même ce pompeux éloge que Bichat fait de Stahl, éloge qui doit nous étonner un peu, quand on réfléchit, d'une part, que Stahl a proscrit l'anatomie elle-même du domaine de la médecine et, d'autre part, que Bichat a si heureusement et si largement fécondé la médecine par l'application de l'anatomie. Dans ce que nous dirons plus

---

(1) Comme la *théorie* d'Hoffmann est à peu près exactement la même que celle de Boerhaave, j'ai cru pouvoir la passer sous silence.

loin du *vitalisme*, on trouvera la réfutation de ce qu'il y avait d'*exagéré* et de faux dans le système de Stahl.

Il est cependant bon de signaler dès à présent une grave contradiction de Stahl. Nous avons vu qu'il avait posé en principe que la matière est *passive*, et que le corps ne peut être mis en mouvement que par l'intervention de substances immatérielles, parmi lesquelles il place le principe qu'il admettait sous le nom d'*ame*. Eh bien, pressé plus tard par les objections de Leibnitz, Stahl, infidèle à ses principes, déclare qu'il accorde à l'ame l'*étendue* et la *matérialité*, et qu'il n'attend l'immortalité que de la grâce divine. C'est ainsi que Stahl détruit d'une main l'édifice qu'il avait élevé de l'autre, et qu'il *matérialise*, pour ainsi dire, la psychologie, après avoir *spiritualisé* la physiologie. Mais c'est trop s'arrêter sur ces stériles et oiseuses discussions.

Il est temps de voir comment le XVIIIe siècle, si fameux dans l'histoire des progrès de l'esprit humain, agrandit et perfectionna les connaissances médicales que lui avaient léguées les siècles précédents. Stahl nous offre une transition naturelle du XVIIe au XVIIIe siècle, puisqu'il appartient à la fois et à la fin du premier et au commencement du second de ces deux siècles.

Deux des plus grands médecins de l'époque que nous allons parcourir, sont, sans contredit, Haller et Morgagni.

Haller est le premier qui ait donné à la physiologie la forme expérimentale adoptée dans l'étude des autres sciences physiques. On connaît les beaux travaux de cet illustre expérimentateur sur la sensibilité et l'irritabilité. Selon Bichat. « En bornant l'une au système nerveux, l'autre au « système musculaire, ce grand homme ne les considéra « point sous leur véritable point de vue ; il en fit presque « des propriétés isolées. » Il y aurait beaucoup à dire sur ce sujet, mais cela nous entraînerait trop loin. D'ailleurs,

nous verrons plus bas la théorie de Bichat sur les propriétés vitales.

On peut considérer Morgagni comme le fondateur de l'*anatomie pathologique*, et partant le fondateur d'une nouvelle ère médicale (1). Son immortel traité *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, est un des plus beaux monuments qui aient été élevés à la médecine d'observation. Il a puissamment concouru à la *localisation* d'un grand nombre de maladies, considérées jusques là comme *essentielles* ou sans matière, *sine materie* : telles sont entre autres une foule de paralysies, d'*asthmes*, etc. Cet admirable ouvrage est un superbe démenti donné à ces *ultrà-vitalistes* qui affectaient un profond mépris pour l'anatomie appliquée à la médecine, et une éclatante réfutation de la théorie de Stahl en particulier, si fastueusement et si faussement promulguée sous le titre de *Theoria medica vera*.

Dans ses remarques sur l'anatomie pathologique, Bichat a su rendre justice à Morgagni. Il faut en dire autant du célèbre auteur de la *Nosographie philosophique*, auquel nous empruntons le passage suivant :

« Une juste admiration pour les anciens ne doit point
« faire dissimuler qu'ils n'ont eu que très peu de lumières
« sur les vices organiques ou maladies des viscères, dont
« le diagnostic est appuyé sur la comparaison des symp-
« tômes avec le résultat de l'ouverture des corps. Ce nou-
« veau genre de recherches, réservé aux modernes, sup-
« pose d'ailleurs un siècle où l'anatomie ait déjà été
« perfectionnée...... Le *Sepulchretum* de Bonet, par l'in-

(1) Assurément, avant Morgagni, on avait déjà cultivé l'anatomie pathologique, et Bonet avait déjà publié son *Sepulchretum*. Mais cette partie fondamentale de la médecine ne revêtit une forme vraiment positive qu'entre les mains de Morgagni.

« exactitude et le peu de choix des observations, par
« ses détails superflus et le défaut d'une saine critique,
« n'offre guère qu'une esquisse fort imparfaite. *La gloire
« de cette grande et immortelle entreprise reste tout entière
« à Morgagni*, qui a joint aux avantages d'une érudition
« choisie et d'un jugement exquis les connaissances les
« plus profondes de l'anatomie pathologique... Il a eu
« l'art de rapprocher, avec une sagacité rare, plusieurs
« cas particuliers analogues, et d'en faire ressortir des
« vérités générales. Son excellent livre sera toujours re-
« cherché et médité, tant que le bon goût et la saine rai-
« son présideront à l'exercice de la médecine, quelques
« progrès qu'on ait faits depuis cette époque dans l'ana-
« tomie pathologique. »

Parmi les meilleurs travaux de nosographie *anatomico-pathologique* qui parurent à l'époque où florissait Morgagni, on doit placer le Traité de la fièvre muqueuse de Goëttingue par Rœderer et Wagler, et l'histoire de l'épidémie de la fièvre glutineuse de Naples par Sarcone. Ces deux monographies, publiées de 1761 à 1764, sont infiniment précieuses en ce qu'elles contiennent les premières observations relatives aux lésions du tube digestif, dans les cas de *fièvres essentielles*, telles qu'elles furent classées plus tard par Pinel.

Voici quelles altérations Rœderer et Wagler rencontrèrent chez treize sujets emportés par la *fièvre muqueuse*, maladie dans laquelle ils observèrent les symptômes de la fièvre ou affection typhoïde de MM. Chomel et Louis, de la fièvre entéro-mésentérique de M. Petit, etc.

« *Un développement des follicules muqueux de l'esto-
« mac et des intestins... des excoriations, des ulcérations,
« des escarres gangréneuses de la tunique veloutée de
« l'intestin, avec dénudation de la membrane muscu-
« leuse. Des vers lombrics et trichurides existaient dans*

« *le canal intestinal de plusieurs sujets. On trouvait quel-*
« *quefois des invaginations, un gonflement des ganglions*
« *mésentériques*, etc., etc. »

La maladie dont Michel Sarcone nous a laissé la description ne permet pas, je le répète, de méconnaître en elle la même maladie qui plus tard fut désignée sous le nom de fièvre typhoïde, entéro-mésentérique, etc. Or, parmi les altérations signalées par cet habile observateur, nous citerons les suivantes : « *La membrane mucilagineuse (muqueuse) des intestins grêles était détruite en plusieurs endroits et manquait absolument. En certains points ainsi dénudés, ulcérés, il transsudait une matière sanguinolente ; sous un gluten luisant et dense, on trouvait ordinairement les membranes rougies ou viciées par de petites pustules blanches en manière d'aphtes. Les glandes mésentériques les plus proches des intestins étaient augmentées de volume et dans un état de nutrition vicieuse. L'estomac parut érysipélateux ou taché d'irradiations sanguines*, etc.

A peu près à la même époque où vécurent les célèbres observateurs que nous venons de citer, un modeste praticien de Vienne, Avenbrugger, enrichit la science de l'importante découverte de la *percussion*, découverte mal appréciée par les contemporains de son inventeur, et qui bientôt fut presqu'entièrement oubliée, même dans la patrie de l'auteur. Notre illustre Corvisart, en la tirant de l'incroyable oubli dans lequel elle était tombée, eut la gloire de l'inventer en quelque sorte une seconde fois.

Dehaen et Stoll doivent obtenir ici une mention des plus honorables, bien que ce dernier observateur, d'ailleurs si profond et si judicieux, ait appuyé sur une théorie des plus fausses une pratique qui n'est pas toujours sans inconvénients, savoir la méthode vomitive dans les maladies inflammatoires, avec symptômes *bilieux*.

En même temps que l'esprit d'observation enfantait ainsi de nouveaux ouvrages, l'esprit philosophique, semblable au souffle divin, tentait de débrouiller le chaos des faits épars et confusément entassés. Sauvages, Linnée, Vogel, Sagar, publient leurs systèmes de nosologie. Brown propose son fameux système dichotomique fondé sur l'excitabilité ou l'irritabilité, propriété dont Haller avait fait le sujet de nombreuses recherches.

Le brownisme ou la division de toutes les maladies en *sthéniques* et en *asthéniques*, véritable nouvelle édition du *strictum* et du *laxum* de Thémison, était sans doute une haute conception de l'esprit philosophique. Mais c'était-là une *généralisation* trop étroite pour comprendre toutes les maladies; et d'ailleurs, l'auteur n'avait vu dans les maladies que des conditions vitales, et n'avait point étudié les conditions physiques, anatomiques. Ce système ne pouvait par conséquent manquer de tomber, surtout à une époque où la culture de l'anatomie pathologique avait fait une véritable révolution dans la médecine. Mais il ne se tint malheureusement que trop longtemps debout, et la pratique vraiment meurtrière de son auteur infesta pendant plusieurs années l'Europe entière.

Je dis que cette pratique fut vraiment meurtrière, parce qu'en effet, Brown, considérant comme asthéniques, des maladies dont le génie était essentiellement inflammatoire, prodiguait aux infortunés qui en étaient atteints ces toniques et ces excitants, dont l'appareil fut désigné plus tard sous le nom de *méthode incendiaire*. Or, pour prendre un exemple, la médecine brownienne a été certainement fatale à des milliers d'individus qui, frappés de ces maladies asthéniques appelées *fièvres adynamiques*, *fièvres typhoïdes*, etc., c'est-à-dire de maladies dans lesquelles l'élément fondamental était une inflammation de la membrane folliculaire du tube digestif, furent saturés de quinquina,

de camphre, d'*esprit de Mindererus*, d'éther et des vins les plus généreux qu'on pouvait se procurer. Mais poursuivons.

En 1793, parut, en Angleterre, le premier essai d'un traité systématique d'anatomie pathologique, par Math. Baillie.

Jenner, en 1796, fait son immortelle découverte de la vaccine, et prend place à la fois et parmi les grands observateurs et parmi les bienfaiteurs de l'humanité.

Laissant maintenant de côté une foule d'auteurs du second ordre, je me hâte d'arriver à deux hommes qui, vers la fin du XVIII[e] siècle et le commencement du XIX[e], ont illustré la France médicale, et fondé une école de médecine et de physiologie, qui eut l'Europe entière pour disciple. Ces deux réformateurs parurent peu de temps après l'explosion de cette immortelle révolution française qui, disaient ses ennemis, devait engloutir les sciences et les arts, et qui exerça, au contraire, une si heureuse et si puissante influence sur les immenses progrès dont le monde intellectuel s'est enrichi en tant de choses.

Bichat et Pinel vont enfin fixer notre attention.

ARTICLE IV.

Écoles de Bichat et de Pinel.

Nous examinerons, avec quelque étendue, les principes des deux illustres médecins que nous venons de nommer, en commençant par les travaux de Bichat, bien que la première édition de la *Nosographie philosophique* de Pinel soit antérieure d'environ deux ans à la publication de *l'Anatomie générale* de Bichat. Cette remarque n'est pas sans quelque importance, puisque Pinel avait déjà pris pour fondement des *ordres* de la *classe* des phlegmasies la circonstance de leur siége dans tel ou tel système. Nous ver-

rons plus loin que Bichat félicite l'auteur de la *Nosographie* d'avoir adopté cette base de classification.

§ Ier. *École de Bichat.*

A Bichat appartient véritablement la gloire d'avoir conçu et surtout exécuté, le premier, le plan d'une anatomie nouvelle, savoir, celle de certains éléments immédiats des organes composés, et à laquelle il donna le nom d'*anatomie générale*, d'anatomie des systèmes *généraux* ou *générateurs* des organes.

Avant d'exposer ses propres idées sur les principes de la physiologie et de la médecine, Bichat jette un coup d'œil sur les idées de ses prédécesseurs, et, comme nous l'avons laissé entrevoir, il se place au rang des auteurs qui marchèrent sur les traces de Stahl, dont il modifia toutefois la doctrine en homme de génie.

Nous allons rapporter textuellement plusieurs passages de l'*Anatomie générale* qui mettront dans tout son jour le système physiologique et pathologique de Bichat. Aprés avoir loué Stahl, d'une manière générale, ainsi que nous l'avons vu plus haut, il le blâme cependant d'avoir rapporté à un principe unique, tous les phénomènes vitaux. Ce principe, appelé vital par Barthez, archée par Van-Helmont, force vitale par Chaussier, etc., est, suivant Bichat, une abstraction qui n'a pas plus de réalité que n'en aurait un principe également unique qu'on supposerait présider aux phénomènes physiques.

« L'art doit beaucoup, dit-il, à plusieurs médecins de « Montpellier pour avoir laissé les théories boerhaavien- « nes, et avoir plutôt suivi l'impulsion donnée par Stahl : « mais en s'écartant du mauvais chemin ils en ont pris de « si tortueux que je doute qu'ils y trouvent un aboutissant.»

Au reste, Bichat croit que « sa DOCTRINE générale ne « porte précisément l'empreinte d'aucune de celles qui rè-

« gnent en médecine et en physiologie. OPPOSÉE à celle de « Boerhaave, elle diffère et de celle de Stahl et de « celles des autres auteurs qui, comme lui, ont tout rap- « porté dans l'économie vivante, à un principe unique, « principe abstrait, idéal, et purement imaginaire, quel- « que soit le nom d'*ame*, de *principe vital*, d'*archée, etc.*, « sous lequel on le désigne. Analyser avec précision les « propriétés des corps vivants; montrer que tout phéno- « mène physiologique se rapporte en dernière analyse à « ces propriétés considérées dans leur état naturel, *que « tout phénomène pathologique dérive de leur augmenta- « tion, de leur diminution ou de leur altération*, que tout « phénomène thérapeutique a pour principe leur retour « au type naturel dont elle s'étaient écartées; fixer avec « précision les cas où chacune est mise en jeu; bien distin- « guer, en physiologie comme en médecine, ce qui pro- « vient de l'une de ce qui émane des autres; déterminer « par conséquent d'une manière rigoureuse ceux des phé- « nomènes naturels et morbifiques auxquels président les « animales, et ceux que produisent les organiques; indi- « quer quand la *sensibilité animale et la contractilité de « même espèce*, quand la *sensibilité organique et les « contractilités sensible ou insensible* qui lui corespon- « dent sont mises en jeu », voilà la doctrine ou la *théo- rie* générale de Bichat.

« Comme les sciences physiques ont été perfectionnées « avant les physiologiques, on a cru, poursuit Bichat, « éclaircir celles-ci en y associant les autres : on les a « embrouillées, c'était inévitable; car, appliquer les « sciences physiques à la physiologie, c'est expliquer par « les lois des corps inertes les phénomènes des corps « vivants; or, voilà un principe faux : donc toutes ses « conséquences doivent être marquées au même coin. « Laissons à la chimie son affinité, à la physique son

« élasticité, sa gravité, n'employons pour la physiologie, « que la sensibilité et la contractilité : *j'en excepte ce-* « *pendant les cas où le même organe devient le siége de* « *phénomènes vitaux et physiques , comme l'œil et l'o-* « *reille, par exemple.*

» Les esprits ordinaires s'arrêtent, dans les livres, aux « faits isolés qu'ils présentent, ils n'embrassent pas d'un « seul coup d'œil l'ensemble des principes suivant les- « quels ils sont écrits. Souvent l'auteur lui-même suit, « sans y prendre garde, l'impulsion donnée à la science « à l'époque où il écrit. Mais c'est à cette impulsion que « s'arrête surtout l'homme de génie. Or, elle doit être « désormais absolument différente dans les livres physio- « logiques et dans les livres physiques. Il faudrait pour « ainsi dire un langage différent...... ».

Cependant Bichat se déclare le partisan, l'admirateur de Newton. « Rendons grâce à Newton , s'écrie-t-il, il a « trouvé le premier le secret du Créateur, savoir : la « simplicité des causes réunie à la multiplicité des effets ! « Il remarqua, l'un des premiers, que quelques variables « que fussent les phénomènes physiques, tous se rap- « portent cependant à un petit nombre de principes. Il « analysa ces principes, et prouva surtout que la faculté « d'attirer joue parmi eux le principal rôle ».

Suivant Bichat, « les sciences physiques, ainsi que les « physiologiques, se composent de deux choses : 1° de « l'étude des phénomènes, qui sont les effets; 2° de la « recherche des connexions qui existent entre eux et les « propriétés *physiques* ou *vitales*, qui sont les causes.

« Ces propriétés sont tellement inhérentes aux corps « inertes et aux corps vivants, qu'on ne peut concevoir « ces corps sans elles. Elles en constituent l'essence et « l'attribut. Supposez qu'ils en soient tout-à-coup privés, « à l'instant tous les phénomènes de la nature cessent, et

« la matière seule existe. Le chaos n'était que la matière « sans propriétés (1) : pour créer l'univers, Dieu la doua « de gravité, d'élasticité, d'affinité, etc., et de plus, une « portion eut en partage la sensibilité et la contractilité.

« Cette manière d'énoncer les propriétés vitales et phy- « siques annonce assez qu'il ne faut point remonter au- « delà dans nos explications, qu'elles offrent les PRINCIPES, « et que ces explications doivent en être déduites comme « autant de conséquences ».

Bichat caresse pour ainsi dire cette idée favorite avec une passion qui ne craint pas les répétitions : voici encore un passage où il y revient :

« Le rapport des propriétés comme causes, avec les » phénomènes comme effets, est un axiome presque fas- « tidieux à répéter aujourd'hui en physique, en chimie, « en astronomie, etc. Si cet ouvrage établit un axiome « analogue dans les sciences physiologiques, il aura rem- « pli son but. Le chimiste rapporte tous les phénomènes « qu'il observe à l'affinité ; le physicien voit partout dans « sa science la gravité, l'élasticité, etc. Dans les sciences « physiologiques, au contraire, on n'a point encore re- « monté, d'une manière générale au moins, des phéno- « mènes aux propriétés dont ils dérivent. La digestion, « la circulation, les sensations ne rappellent point au « physiologiste l'idée de la sensibilité ou de la contracti- « lité, comme le mouvement d'une montre rappelle au « mécanicien que c'est l'élasticité qui est le premier mo- « bile de ce mouvement ; comme la roue d'un moulin et « celle de toute machine que l'eau met en jeu en coulant, « rappellent au physicien la gravité ».

---

(1) L'idée de la matière sans propriétés d'aucune espèce est, au moins, un peu singulière. Quant à la *cosmogénie* de Bichat, elle n'est guère plus conforme à la rigoureuse philosophie qu'à la *Genèse*.

La sensibilité et la contractilité, dont Bichat admet plusieurs espèces, voilà donc, en dernière analyse, les *causes* de tous les phénomènes qu'on observe dans les corps organisés. Voyons maintenant comment cet illustre et ingénieux physiologiste applique sa théorie aux phénomènes pathologiques.

Il pose en fait que toutes les maladies consistent en une lésion des propriétés vitales, de la *sensibilité* ou de la *contractilité*. Aussi, dit-il, les maladies sont-elles d'autant plus nombreuses, que les corps organisés sont doués d'un plus grand nombre de propriétés vitales. C'est par cette raison, ajoute-t-il, que la liste des maladies des végétaux est beaucoup moins longue que celle des maladies des animaux : en effet, les premiers ont de moins que les seconds et la sensibilité *animale qui préside aux sensations*, et la contractilité *animale*, *nécessaire à la voix*, *à la locomotion*, etc.

« Dans les maladies nerveuses, dit Bichat, c'est la *sen-*
« *sibilité animale* qui joue un si grand rôle ; les convul-
« sions et les paralysies consistent dans une augmentation
« ou une diminution de la *contractilité animale* ; toute la
« classe des fièvres, toutes les affections gastriques, etc.,
« sont un trouble manifeste dans la *contractilité organique*.
« Les tumeurs de nature diverse, les exhalations aug-
« mentées, le marasme, etc., supposent toutes un trouble
« dans la *sensibilité organique* et dans la *contractilité in-*
« *sensible* correspondante. »

Considérant, d'une part, que les propriétés vitales siégent essentiellement dans les solides, et que, d'une autre part, les phénomènes maladifs ne sont que des altérations des propriétés vitales, il est évident, pour Bichat, que les phénomènes morbifiques résident essentiellement dans les solides, que les fluides leur sont jusqu'à un certain point étrangers.... » N'allez pas croire, cependant, dit-il, que

« les fluides ne sont rien dans les maladies : très souvent « ils en portent le germe funeste, ils sont le véhicule de la « matière morbifique. Ce sont spécialement les fluides « destinés à la composition des organes qui apportent la « maladie aux solides ; au contraire, les fluides destinés à « la décomposition emportent plutôt la maladie : c'est par « eux que s'opèrent les crises. Les médecins ont exagéré » infiniment l'influence des humeurs morbifiques expul- « sées au dehors ; mais on ne saurait douter que cette doc- « trine n'ait souvent un fondement réel. Si ces fluides sont « quelquefois le véhicule de la maladie, c'est quand ils « rentrent, contre l'ordre naturel, dans l'économie, « comme quand la bile passe dans la masse du sang, quand « l'urine est absorbée et pénètre dans ce fluide.

« Il est évident qu'il faut bien distinguer les maladies « elles-mêmes, ou plutôt l'ensemble des symptômes qui « les caractérisent d'avec les principes qui les produisent « ou qui les entretiennent. Presque tous les symptômes « portent sur les solides, mais la cause peut en être dans « les fluides comme en eux. Dans toutes les maladies, ce « sont les solides qui sont surtout en action ; mais c'est « tantôt en eux, tantôt hors d'eux qu'existe la cause de « cette action. Il serait sans doute essentiel de rechercher « la distinction des deux cas. »

Nous ne suivrons point Bichat dans les aperçus qu'il présente sur la solution de ce problème, mais nous rapporterons la conclusion finale de sa discussion, savoir : que *toute théorie exclusive de solidisme ou d'humorisme est un contre-sens pathologique, comme une théorie dans laquelle on mettrait uniquement en jeu les solides ou les fluides en serait un physiologique.*

Vivement frappé du rôle que jouent les fluides dans les phénomènes physiologiques et pathologiques, mais fasciné et entraîné comme malgré lui-même par sa théorie des

propriétés vitales, Bichat ne peut se résoudre à reconnaître qu'il est des phénomènes dont l'explication échappe à cette théorie, et il aime mieux *vitaliser*, pour ainsi dire, les fluides que d'admettre des maladies indépendantes des propriétés vitales telles qu'il les a analysées. Voici ce qu'il dit à ce sujet :

« Quoique les propriétés vitales résident spécialement « dans les solides, il ne faut pas cependant considérer les « fluides comme purement inertes.... Ce serait sans doute « un objet de recherches bien curieux que de fixer com- « ment des molécules fluides ne jouissant absolument que « des propriétés physiques, se pénètrent peu à peu des ru- « diments des premières.... Dire ce qu'est cette VITALITÉ « des fluides, cela est évidemment impossible; mais son « existence n'est pas moins réelle, et le chimiste qui veut « analyser les fluides n'en a que le cadavre, comme l'ana- « tomiste n'a que celui des solides qu'il veut disséquer. « Observez, en effet que, dès que le *principe de vie* a « abandonné les fluides, ils tendent aussitôt à la putréfac- « tion et se décomposent comme les solides privés de leurs « forces vitales. *Lui seul* empêchait ce mouvement in- « testin, qui, sans doute, entre pour beaucoup dans les « altérations dont les fluides sont susceptibles.

Bichat termine en rapportant un fait qui lui paraît bien démentir tout ce qu'on avait avancé dans ces derniers temps sur l'incorruptibilité du sang dans les maladies. « Dernièrement, dit-il, nous avons trouvé, au lieu de « sang noir abdominal, une *véritable sanie grisâtre qui « remplissait toutes les divisions de la veine splénique, « le tronc de la veine porte, et toutes ses branches hépa- « tiques.* » Bichat a bien soin de noter que « cette sanie « n'était pas un effet cadavérique et que le sang avait cir- « culé, sinon altéré, au moins bien différent de son état « naturel, et réellement *décomposé.* »

De ses considérations sur les *éléments organisés de nos parties*, sur les *tissus simples*, *les systèmes généraux* ou *générateurs*, entre lesquels la nature, et non la science, comme il le dit lui-même, a tiré une ligne de démarcation; de cette grande conception de l'*anatomie générale*, qui, comme il en avait l'espérance, a eu sur la physiologie ainsi que sur la pratique médicale une puissante influence, Bichat passe aux conséquences de cette analyse anatomique relativement aux analogies et aux différences des maladies entre elles.

« Ce que je viens de dire nous mène à des conséquences « relativement aux maladies aiguës ou chroniques qui « sont locales ; car celles qui, comme la plupart des fiè- « vres, frappent presque simultanément toutes nos par- « ties ne peuvent pas être beaucoup éclairées par l'ana- » tomie des systèmes (1).

« Puisque les maladies ne sont que des altérations des « propriétés vitales, et que chaque tissu est différent des « autres sous le rapport de ses propriétés, il est évident « qu'il doit en différer aussi par ses maladies ; donc, dans « tout organe composé de différents tissus, l'un peut être « malade, les autres restant intacts : or, c'est ce qui arrive « dans le plus grand nombre de cas.

« Puisque chaque tissu organisé a une disposition par- « tout uniforme ; puisque, quelle que soit sa situation, il « a la même structure, les mêmes propriétés, il est évi- « dent que ses maladies doivent être partout les mêmes. « Que le tissu séreux appartienne au cerveau par l'ara- « chnoïde, au poumon par la plèvre, au cœur par le

---

(1) Que dirait aujourd'hui Bichat, s'il vivait au milieu de nous, en présence de cette localisation des fièvres, œuvre immortelle de l'un de ses disciples ? Certes, la membrane folliculeuse du tube digestif et le tissu séreux du système circulatoire ne sont pas pour rien dans le siége de ces maladies, si longtemps enveloppées du voile de l'essentialité.

« péricarde, aux viscères gastriques par le péritoine, etc.,
« partout il s'enflamme de la même manière, partout les
« hydropisies arrivent uniformément, etc., partout il est
« sujet à une espèce d'éruption de petits tubercules blan-
« châtres, comme miliaires, dont on n'a pas, je crois
« parlé.... Quelque soit aussi l'organe que révête le tissu
« muqueux, ses affections portent en général le même
« caractère, et n'offrent point d'autres variétés que celles
« qui proviennent des variétés de structure..... L'auteur
« de la *Nosographie philosophique* me paraît avoir beau-
« coup fait pour l'art, en commençant le premier à pré-
« senter les inflammations par ordre de systèmes.....

« Ce n'est pas seulement l'histoire des maladies que
« l'anatomie des systèmes éclairera, elle doit changer en
« partie la manière de considérer l'anatomie pathologi-
« que. En suivant l'ancienne méthode, on ne peut se
« former une idée générale des altérations communes à
« tous les tissus. Je divise donc en deux grandes parties
« l'anatomie pathologique : la première renferme l'his-
« toire des altérations communes à chaque système,
« quel que soit l'organe à la structure duquel il con-
« court, quelle que soit la région qu'il occupe. Il faut
« reprendre ensuite l'examen des maladies propres à cha-
« que région, à tel ou tel organe, etc.

« Il me semble que nous sommes à une époque où l'ana-
« tomie pathologique doit prendre un nouvel essor.....
« Otez certains genres de fièvres et d'affections nerveuses,
« tout est presque alors, en pathologie, du ressort de
« cette science (1). »

Enfin, comme pour couronner son œuvre, et comme

(1) Plus encore que du temps de Bichat, cette réflexion est juste aujourd'hui que les fièvres dites essentielles elles-mêmes ont été si admirablement *localisées*.

pour confirmer, par un nouvel exemple, la vérité d'une de ses assertions, savoir, que chacun des systèmes qui ont tour-à-tour dominé en médecine, *a reflué sur la matière médicale ou la thérapeutique,* Bichat applique à cette partie de la science de l'homme malade sa théorie des propriétés vitales, et il pose en loi qu'aucun médicament, pas même un cataplasme, n'agit d'une manière physique, mais bien en modifiant les propriétés vitales, essentiellement différentes, selon lui, des propriétés physiques. Citons encore les paroles de ce grand physiologiste.

« A quelles erreurs ne s'est-on pas laissé entraîner « dans l'emploi et dans la dénomination des médicaments! « On créa des désobstruants quand la théorie de l'obstruc- « tion était en vogue. Les incisifs naquirent quand celle « de l'épaississement des humeurs lui fut associée. Quand « il fallut envelopper les âcres, on créa les inviscants, les « incrassants, etc. Ceux qui ne virent que relâchement « ou tension des fibres dans les maladies, que *laxum* et « *strictum*, employèrent les astringents et les relâchants. « Les rafraîchissants et les échauffants furent mis en « usage par ceux qui eurent spécialement égard, dans les « maladies, à l'excès ou au défaut de calorique, etc.

« On dit que la pratique de la médecine est rebutante. « Je dis plus, elle n'est pas, sous certains rapports, celle « d'un homme raisonnable, quand on en puise les prin- « cipes dans la plupart de nos matières médicales.

« Sans doute, il est extrêmement difficile de classer en- « core les médicaments d'après leur manière d'agir; *mais « certainement il est incontestable que tous ont pour but « de ramener les forces vitales au type naturel dont elles « s'étaient écartées dans les maladies.* Puisque les phéno- « mènes morbifiques se réduisent tous, en dernière ana- « lyse, à des altérations diverses de ces forces, *l'action des « remèdes doit évidemment se réduire aussi à ramener ces*

« *altérations à l'ordre naturel. D'après cela, chacune de*
« *ces propriétés a son genre de remèdes appropriés.*

« Dans les inflammations, il y a exaltation de sensibilité
« organique et de contractilité insensible : eh bien ! *dimi-*
« *nuez cette exaltation par les cataplasmes, les fomen-*
« *tations, les bains locaux*, etc., etc. ».

Bichat déclare, d'ailleurs, qu'il n'entend point offrir un plan nouveau de matière médicale. Il avoue qu'il n'a point fait encore d'assez amples réflexions, pour soumettre à une distribution nouvelle les médicaments ; en passant, il blâme, comme trop générale, quoique vraie, d'ailleurs, l'idée de ceux qui n'ont vu dans les maladies que force ou faiblesse, et par conséquent que *débilitants* ou *fortifiants*.

La doctrine de Bichat, comme le demontre la fidèle exposition que nous venons d'en offrir, embrasse la science de l'homme, sous le double point de vue de l'état normal et de l'état anormal.

Adoptée d'abord avec un enthousiasme presque général, comme le sont la plupart des conceptions des hommes de génie, suivie comme une sorte de religion, la séduisante doctrine de Bichat ne tarda pas à vieillir, et de nos jours elle a subi le sort de toutes les autres formes sous lesquelles avait apparu le vitalisme pur, exclusif.

Toutefois, la forme sous laquelle Bichat a proclamé le vitalisme est un incontestable progrès. En effet, en brisant, en décomposant, en analysant ce principe complexe désigné tour-à-tour sous les noms de *nature*, d'*énormon*, de *vis insita*, d'*impetum faciens*, d'*archée*, d'*ame*, de *force vitale*, de *principe vital*, etc., Bichat, comme il le dit très bien, s'est conformé à la saine philosophie, à celle des Newton et des Bacon.

Mais son analyse est vicieuse sous divers rapports, et son langage est souvent plus vicieux encore que sa doctrine elle-même. Qu'est-ce, par exemple, que la *sensibilité*

organique? Qu'est-ce que la *contractilité organique*, dont l'une est *sensible* et l'autre *insensible*, etc. ?

Une erreur vraiment incroyable de la part d'un homme tel que Bichat, c'est de n'avoir point compris dans son analyse des *propriétés* ou des *forces* qui président aux phénomènes des corps organisés, les *propriétés* ou les *forces* qui régissent les phénomènes des corps non organisés. Je dis que cette erreur est vraiment incroyable, car elle tombe sous le sens le plus vulgaire. Quoi! elle ne serait pas soumise aux éternelles lois de la statique et de la mécanique, cette admirable machine dans la construction de laquelle la nature à fait éclater un luxe de conditions statiques et mécaniques, dont les plus savantes machines que l'art ait organisées de ses propres mains, ne nous offrent que des images fort incomplètes! Est-ce que les Borelli, les Barthez et Bichat lui-même, n'ont pas fait à l'économie vivante l'application des lois de la statique, de la mécanique et de l'hydraulique, dans leurs travaux sur la station, la marche, le saut, le nager, le vol, la reptation, la circulation du sang, etc., etc.? Est-ce que le cœur ne fonctionne pas à l'instar d'une pompe aspirante et foulante, et sa fonction ne se dérange-t-elle pas aussitôt que les conditions physiques et mécaniques sont elles-mêmes dérangées, lorsque, par exemple, les valvules de cet organe, qui sont de véritables soupapes organisées, deviennent rigides, immobiles, et que les orifices du cœur sont rétrécis, etc.? Les faits contenus dans le *Traité clinique des maladies du cœur*, démontrent, de la manière la plus palpable, quel rôle immense jouent les conditions physiques et mécaniques dans les maladies du cœur en général, et ce que nous disons du cœur, on peut l'appliquer à une foule d'autres organes. Quoi! les corps organisés n'obéiraient pas, ainsi que les corps inertes, aux suprêmes lois de la gravitation elle-même! Manquons-nous donc de faits

et d'expériences pour nous prouver que le sang et les autres liquides se portent vers les parties les plus déclives, etc., etc.? Il est vrai qu'il existe dans les corps vivants des *forces* ou des conditions au moyen desquelles sont plus ou moins neutralisés, dans quelques cas, les effets de la pesanteur. Mais que prouve cela contre la doctrine que nous défendons? Comme si dans le monde inorganique, on ne pouvait pas aussi, par le jeu de certaines machines, vaincre les efforts de la pesanteur.

Ne constatons-nous pas, à chaque instant, dans les corps organisés, comme dans les corps inorganiques, des changements d'état, des phénomènes de cristallisation, de capillarité, d'hygrométricité, d'imbibition, d'*endosmose* et d'*exosmose ?*

Est-ce que des phénomènes chimiques, des décompositions et des combinaisons, des analyses et des synthèses, des réactions de toute espèce, ne s'opèrent pas incessamment dans le laboratoire des corps organisés, comme dans nos laboratoires de chimie proprement dits? Est-ce par la *sensibilité* et la *contractilité* que vous expliquerez les phénomènes *chimiques* de la respiration et de la digestion? Les sécrétions elles-mêmes s'accompliraient-elles sans l'intervention de quelques-unes des lois chimiques? Les premiers rudiments de l'acte sécrétoire, qu'on me passe cette comparaison, n'apparaissent-ils pas, en quelque sorte, dans la décomposition de l'eau au moyen de la pile voltaïque? En effet, de même que dans les sécrétions nous voyons chaque organe sécréter, séparer du sang des principes déterminés, ainsi, dans la décomposition de l'eau, nous voyons, si j'ose m'exprimer ainsi, l'un des pôles de la pile *sécréter* l'oxygène de l'eau, et l'autre *sécréter* l'hydrogène.

On objectera peut-être qu'il est impossible d'expliquer *intégralement* par les *principes* de la chimie les fonctions

dont nous venons de parler. Sans doute. Mais que conclure de là ? Que l'état actuel de la chimie organique ou *vivante* est très imparfait. Avouons-le, d'ailleurs, les opérations chimiques dont les corps vivants sont le foyer, sont tellement compliquées ; tant d'éléments s'y trouvent en présence, qu'il s'écoulera bien du temps avant que nous les puissions expliquer d'une manière complétement satisfaisante, et que peut-être même il est des mystères chimiques que l'on ne parviendra jamais à dévoiler.

Croirons-nous donc toujours avoir donné le dernier mot de la physiologie, quand nous aurons rapporté tous les phénomènes dont elle se compose à deux propriétés essentiellement différentes des propriétés physiques, savoir la *contractilité* et la *sensibilité*, ou quand, à la fin de l'étude de chaque fonction, nous aurons répété : *cette fonction n'est ni mécanique, ni physique, ni chimique ; donc elle est organique et vitale* ?

Sans doute, ce serait un contre-sens d'expliquer par la pesanteur ou l'*affinité*, etc., les phénomènes de la sensibilité, de l'intelligence, de la volonté, etc. Mais n'est-ce pas commettre un contre-sens non moins grossier, que d'expliquer par la *sensibilité* ou la *contractilité animale et volontaire* les phénomènes *physiques* et *chimiques* dont nous parlions tout-à-l'heure ? Or, c'est ainsi qu'on procède, quand on ne veut pas admettre en physiologie autre chose que la *sensibilité* et la *contractilité*.

Le moment est donc arrivé où il faut renoncer à cette doctrine barbare, qui nous représente les lois dites vitales comme constituées, sous tous les rapports, dans un éternel état de guerre avec les lois physiques. On a beau accuser d'hérésie ceux qui défendent cette nouvelle révolution physiologique, les véritables hérésiarques seront bientôt ceux qui auront vainement lutté contre cette inévitable régénération...

Qu'on n'aille pas conclure de ces réflexions, que Bichat ne mérite point la vive admiration que nous avons tous conçue pour lui. Non ; on ne saurait trop admirer l'auteur du *Traité des Membranes*, de *l'Anatomie générale*, des *Recherches sur la vie et la mort*, etc. En effet, si Bichat a commis une grave erreur en négligeant les conditions physico-chimiques dans son *Analyse des phénomènes physiologiques*, on lui doit rendre du moins cette haute justice, qu'il a porté dans l'étude des phénomènes vitaux proprement, et dans celle des phénomènes *animaux* en particulier, un esprit d'analyse et de généralisation qu'on ne trouve que dans un homme de génie. Sous ce rapport, il a marché, comme il s'en glorifie lui-même, sur les traces de l'immortel Newton. Il a tenté, dit-il, de faire pour les sciences physiologiques ce que Newton avait fait pour les sciences physiques. Tentative hardie, et dont il n'appartenait qu'à un homme tel que Bichat de concevoir la pensée ! Que si ce Newton de la physiologie s'est quelquefois égaré, si son œuvre est restée incomplète, n'oublions pas que Bichat n'avait guère que trente ans, lorsqu'une mort prématurée vint mettre un terme à ses vastes desseins d'une réforme radicale des sciences médicales (1).

(1) Il ne faut pas croire, avec quelques personnes, que ce qui fait la gloire éternelle de Newton, c'est uniquement d'avoir découvert la *pesanteur* ou la *gravitation universelle*. En effet, avant ce grand homme, on connaissait la pesanteur. Mais ce qu'on ne savait pas, et ce que Newton a démontré, c'est que l'attraction s'exerce en raison directe de la masse et inverse du carré des distances. Ce qu'on ne savait pas, c'est qu'une foule de phénomènes qu'on avait attribués à diverses causes imaginaires rentraient, dans la classe de ceux que régissait l'attraction ; par conséquent, on avait *multiplié les forces ou les causes sans nécessité*, ce qui n'est pas moins contraire à la saine philosophie que de ne pas en admettre assez, et de faire ainsi, malgré eux et comme par violence, rentrer dans la sphère d'une *cause* ou d'une *force* des faits ou des phénomènes qui dépendent d'une

Bichat meurt, mais avec lui ne s'éteint pas le rapide et grand mouvement qu'il avait imprimé à la médecine. Parmi les nombreux rivaux qui se disputèrent le riche héritage de gloire qu'avait laissé Bichat, brillait au premier rang un homme d'un puissant esprit, et dans les mains duquel devait bientôt tomber le sceptre de la chirurgie moderne (1). En plaçant ici M. Dupuytren parmi les hommes qui, dans le commencement du XIXe siècle, ont rendu les plus signalés services aux diverses branches de la médecine, je ne fais que répéter une vérité proclamée dans les ouvrages qui parurent à cette époque. Parmi ces ouvrages, qu'il me soit permis de rappeler ce bel *Essai sur les irritations*, où Marandel développa les idées de M. Dupuytren, dont il fut un des élèves les plus distingués. Ce jeune medecin, trop tôt enlevé à la science, entrant en matière par une nouvelle division des maladies, s'exprime ainsi à l'égard de M. Dupuytren : « On peut aujourd'hui « établir la coordination des affections morbides sur des « considérations puisées dans la *saine physiologie*, l'ob« servation clinique et l'étude des effets de ces affections « morbides, constatés par l'ouverture des cadavres. Tel « est le but où tendent les efforts de plusieurs médecins,

---

autre. Quant au *principe* même de la pesanteur, à la *nature* de l'attraction, Newton ne l'ignorait pas moins que nous n'ignorons le principe de la *sensibilité* ou de la nature intime des fonctions que Bichat rapportait à cette cause. On ne peut, à ce sujet, faire que des hypothèses, et rien n'empêche d'y recourir, comme nous le dirons dans la seconde partie de cet essai, pourvu qu'on ne confonde pas ces *hypothèses* avec des vérités démontrées.

(1) Depuis que ceci fut écrit en 1831, la chirurgie a perdu son illustre chef et, si j'osais le dire, son Napoléon. Quelques-uns m'ont reproché d'avoir ainsi, de ma propre autorité, placé le sceptre de la chirurgie dans les mains de ce Dupuytren, dont le monde savant déplore la fin récente et prématurée. Je crois cependant n'avoir été que juste dans tout ce que j'ai dit sur ce grand maître.

« et en particulier de M. Dupuytren, qui a bien voulu « m'associer aux travaux qu'il poursuit *depuis plusieurs* « *années sur l'anatomie pathologique*, *travaux dont les* « *grands résultats seront consignés dans un ouvrage at-* « *tendu avec impatience.* »

L'Essai d'un autre élève de M. Dupuytren (M. Cruveilhier) *sur l'anatomie pathologique*, publié dix ans après l'*Essai sur les irritations*, contient, en partie du moins, les résultats ci-dessus annoncés.

La physiologie de M. Richerand, l'ouvrage classique le plus riche d'éditions qui ait jamais été publié sur le même sujet, est écrite dans les principes de l'école de Bichat.

M. Alibert fit *refluer*, pour me servir de l'expression même de Bichat, *la théorie des propriétés vitales* sur la thérapeutique et la matière médicale.

Enfin, M. Broussais, dans sa belle *Histoire des phlegmasies chroniques*, profita, comme il aime à le déclarer, des grandes vues de Bichat sur divers points de la médecine.

C'en est assez sur l'école de Bichat; passons à celle de l'auteur de la *Nosographie philosophique*.

§ II. *École de Pinel.*

En 1798, Pinel publie la première édition de cette *Nosographie* qui, pendant quinze à vingt ans, fut pour ainsi dire le code, l'évangile de l'Europe médicale. Pinel fut digne d'être proclamé le législateur et le prince de son époque médicale, autant par la noblesse de son caractère, que par la hauteur de ses vues philosophiques, par la profondeur de son génie observateur, par son talent supérieur d'écrivain scientifique et par ses vastes connaissances en tout genre (1). Oui, nous le reconnaissons avec orgueil,

---

(1) Voici à quels titres Pinel lui-même se présenta pour accomplir la réforme qu'il méditait. « Le plan vaste qu'un pareil ouvrage embrasse, la

la *Nosographie philosophique* , dont six éditions furent épuisées dans le court espace de vingt ans, est, malgré ses défauts, le plus beau monument qui eût encore été élevé à la médecine; et cet hommage est dû à ce grand ouvrage, soit qu'on le considère sous le point de vue philosophique et systématique, soit qu'on l'examine sous le point de vue graphique ou descriptif.

Véritable homme de progrès et de mouvement, tout en professant pour les anciens, et pour le divin vieillard en particulier, une estime, une admiration profondément sentie, Pinel, par une piété mal entendue pour les anciens, n'oublie point de saluer toutes les découvertes dont la science s'est successivement enrichie par les travaux des modernes; et faisant tourner au profit de son ouvrage les conquêtes accomplies dans l'intervalle de ses diverses éditions, la dernière exceptée, il lui conserve le privilége de représenter, de résumer, d'exprimer fidèlement l'état de la médecine pendant près d'un quart de siècle, ce qui est presque une éternité pour un ouvrage de ce genre.

« Les méthodes de l'enseignement, en médecine, « comme dans toutes les autres sciences, sont, dit Pinel, « le fruit lent du temps et de l'expérience : *elles ont leur*

« saine critique qu'il a exigée, et les recherches qu'il a rendues néces- « saires, autant sous le rapport d'une érudition choisie que de l'exercice « éclairé de la médecine dans les hôpitaux, n'ont pu être que le fruit d'un « travail d'une longue suite d'années. Ils supposent qu'on s'est successive- « ment appliqué de bonne heure aux sciences physiques, et même aux « sciences mathématiques, pour se former à l'exactitude et à la rigueur du « raisonnement, et qu'on a allié d'abord aux études ordinaires de médecine « dans les Facultés célèbres, la fréquentation assidue des hôpitaux. On a « dû ensuite être appelé, par des circonstances heureuses, à remplir de « grandes places, soit dans l'enseignement public de la médecine, soit dans « la direction médicale de quelque grand hôpital, et encore mieux avoir « été porté à faire plusieurs années des leçons de clinique en présence d'un « grand nombre d'élèves. »

« *naissance et leurs accroissements successifs ; et sou-*
« *vent ce qui peut être admis à une certaine époque, ne*
« *peut l'être dans une autre, à cause du progrès des lu-*
« *mières et des connaissances successivement acquises,*
« *soit dans la pathologie ou l'anatomie, soit dans d'au-*
« *tres sciences accessoires.* » (*Nosogr. phil.* ; *Introd.*, page xx, 6[e] édit.)

Comparez la *Nosographie philosophique*, je ne dis pas avec les ouvrages des anciens, car il n'en est point chez eux de composé sur ce modèle, mais avec ceux des Hoffmann, des Boerhaave, des Stoll, des Sauvages, des Cullen, des Brown, et vous verrez quelle immense supériorité il a sur eux ! Mais entrons dans quelques détails sommaires à cet égard.

Pour régénérer la médecine et lui imprimer une forme nouvelle, Pinel veut qu'on *lui applique une méthode d'enseignement analogue à celle des autres sciences physiques.*

Quant aux bases de son système nosologique, et, si j'ose le dire, à la *raison* première de sa classification, il nous en a laissé ignorer le secret. Il est seulement facile de voir, dès le premier abord, que ce système manque d'unité, ce qui était d'ailleurs inévitable à l'époque où il fut élevé. Quoi qu'il en soit, Pinel range toutes les maladies connues à son époque, dans *cinq* grandes classes, savoir : les Fièvres (1[re] classe), les Phlegmasies (2[e] classe), les Hémorragies (3[e] classe), les Névroses (4[e] classe), et les Lésions organiques (5[e] classe).

Il serait trop long d'exposer les *ordres*, les *genres*, les *espèces* et les *variétés* que renferment ces cinq classes. Notre objet n'est pas non plus de signaler ici les vices de cette classification, attendu qu'il en sera question un peu plus loin, quand nous exposerons la révolution médicale de 1816. Ils n'avaient point échappé d'ailleurs à Pinel lui-même, qui se complaît en quelque sorte, en diffé-

rents endroits de son ouvrage, à faire sentir toutes les difficultés d'une classification médicale, même en matière de pyrétologie. Par exemple, dans une note de la dernière édition, publiée en 1818, il dit : « La division « nosologique des fièvres m'a paru de plus en plus rem- « plie de difficultés à mesure que j'ai cherché à la ren- « dre plus exacte et plus complète. Si on veut être « sévère dans ses jugements, la doctrine des fièvres, telle « que je l'ai exposée jusqu'ici, *serait sans doute, dans « les circonstances actuelles, susceptible de quelques « changements,* ou du moins d'être énoncée, sur quelques « points, avec les caractères du doute, si les faits parti- « culiers sur lesquels portent les assertions générales « étaient plus précis et leur méthode descriptive plus « perfectionnée. »

Il ajoute, non sans quelque malice : « Le docteur Alibert « a trouvé plus commode de faire disparaître cette classe « de sa *Nosologie,* quoiqu'elle embrasse elle seule peut être « les trois quarts des maladies de l'espèce humaine. Dès « lors, son savant ouvrage sur les fièvres *pernicieuses*, « qu'il est si important d'approfondir, ne formera qu'une « simple variété, ce qui sera digne de remarque. »

Il dit, dans un autre endroit : « Les lésions organiques gé- « nérales offrent tant de disparate qu'on peut à peine espé- « rer de les soumettre à un ordre régulier de distribution. »

Pinel reconnaît, sans difficulté, l'état précaire de la thérapeutique de son époque, et il proclame la nécessité d'une réforme dans cette partie capitale de la science : voici ses propres paroles. « La thérapeutique ou traitement métho- « dique des maladies est une des parties de la médecine *qui « doit éprouver une réforme générale,* et on ne saurait trop « inviter les vrais observateurs à en faire un objet sérieux « de leurs recherches. »

Le principal but de Pinel était de présenter les *descrip-*

tions purement historiques du cours entier des maladies et les notions abstraites de la pathologie générale, ce qui constitue à proprement parler, suivant lui, la science médicale (*Introd.*, pag. ij).

Il pense que le problème de Pitcairn : UNE MALADIE ÉTANT DONNÉE, TROUVER LE REMÈDE? *marquait bien plus de présomption que de lumière et de sagesse,* et il propose de le remplacer par le problème suivant, *qui est bien plus mésuré et plus circonscrit,* comme il le dit, mais qui n'est pas très satisfaisant pour les malades : UNE MALADIE ÉTANT DONNÉE, DÉTERMINER SON VRAI CARACTÈRE, ET LE RANG QU'ELLE DOIT OCCUPER DANS UN TABLEAU NOSOLOGIQUE (1).

Dès la première édition de la *Nosographie philosophique*, les recherches de Rœderer et de Wagler sur la fièvre muqueuse, celles de Sarcone sur la fièvre glutineuse, les propres idées de M. Pinel sur le point de départ de la fièvre gastrique et de la fièvre adéno-méningée, auraient dû déjà faire sentir le côté faible de la première classe de cet ouvrage. Il était difficile, en effet, de concilier l'*essentialité* de ces deux ordres de fièvres avec les altérations rencontrées par Rœderer et Wagler, ainsi que par Sarcone.

Au reste, Pinel n'aurait pas été bien convaincu de l'*essentialité* des fièvres, si nous en croyons le passage suivant du *Cours de médecine clinique* de M. Rostan.

« Le célèbre auteur de la *Nosographie philosophique* est « le premier qui ait senti le vague qui régnait dans l'histoire des fièvres continues. Aussi, dans ses premiers « travaux (les premières conceptions chez les hommes de « génie sont presque toujours les meilleures), avait-il

(1) Il n'est pas besoin de faire remarquer que ce problème n'est réellement que la moitié de la tâche du médecin, et que sa solution étant trouvée, il reste à chercher et à trouver celle du problème de *Pitcairn,* dans lequel le problème de Pinel se trouve, d'ailleurs, implicitement compris.

« complétement révoqué en doute l'existence de ces fiè-
« vres, et si plus tard, vaincu par de timides conseils,
« craignant les animosités médicales, il crut devoir en tra-
« cer le tableau dans ses ouvrages, au moins fit-il de grands
« efforts pour les *localiser*. »

Suivant M. Rostan, ce fut le libraire Brosson qui engagea fortement M. Pinel, à traiter des fièvres essentielles, comme le faisaient les anciens médecins ; il lui fit craindre l'insuccès de son livre, et la haine de ses confrères. « Ce
« grand homme, poursuit M. Rostan, eut la faiblesse de
« céder à cet avis pusillanime. » Le récit dont il s'agit est vraiment digne de l'histoire, mais, s'il est bien exact, pourquoi M. Pinel ne se rendit-il pas à la doctrine de M. Broussais ?

Plusieurs ouvrages qui parurent dans le cours des nombreuses éditions de la *Nosographie*, en attaquèrent les doctrines et en ébranlèrent les fondements un peu ruineux. Les observations de M. Prost consignées dans la *Médecine éclairée par l'ouverture des corps*, la mémorable monographie de MM. Petit et Serres sur la *fièvre entéro-mésentérique*, sapaient en quelque sorte, de plus en plus la base mal assurée de la 1re classe de la *Nosographie*.

D'un autre côté, les belles recherches de M. Broussais sur les phlegmasies chroniques portaient une atteinte semblable à la 5e classe de la *Nosographie*, celle des *maladies organiques* (1).

Ce ne fut cependant qu'en 1816, que l'auteur de ce dernier ouvrage fulmina pour ainsi dire une formelle déclara-

---

(1) Pujol, de Castres, vers le commencement de ce siècle, fit aussi paraître d'intéressantes recherches sur les phlegmasies chroniques ; mais elles fixèrent peu l'attention, et il est vrai de dire qu'elles étaient généralement oubliées ou même complétement ignorées de presque tout le monde, quand parut l'ouvrage de M. Broussais.

tion de guerre contre la *doctrine la plus généralement adoptée*. C'est cet ouvrage qui inspira à M. Pinel les passages suivants de la dernière édition de sa nosographie (1818) :

« On sait, dit-il, que, depuis la dernière édition de la « *Nosographie*, on a cherché à donner de la vogue à une « nouvelle théorie médicale. Je suis bien loin de vouloir « la discuter; je remarquerai seulement que c'est un état « pénible pour certains auteurs *effervescents* de se contenir « dans de justes bornes : ils aperçoivent d'abord avec fi- « nesse des objets particuliers; leur imagination s'exalte « peu à peu, et ils finissent par être fascinés au point de « croire qu'ils sont en état de renverser le système général « des connaissances médicales. Des esprits superficiels, ou « même entièrement étrangers à la marche sage et mesu- « rée des sciences, sont facilement séduits, et c'est ainsi « que les fièvres primitives ont été changées en *phlegma-* « *sies*, et qu'au moyen de ce prestige, on a cru pouvoir « bannir ce qu'on appelle *adynamie et ataxie*. Peut-on « interprêter autrement un ouvrage qui a pour titre : « *Examen de la doctrine médicale généralement adoptée*?

Plus loin, il dit, à l'occasion de ce même ouvrage :

« Quant à ceux dont l'imagination se repaît de théories « frivoles, et qui se jouent pour ainsi dire, du lecteur par « des raprochements disparates, ou qui, tourmentés de l'é- « clat que jette une doctrine *généralement adoptée*, décè- « lent leur médiocrité par des attaques imprudentes, je suis « loin de vouloir discuter leurs opinions, et je laisse au « temps et à l'expérience de les réduire à leur juste valeur.»

Il n'est pas temps encore de nous occuper de cette grande querelle médicale. Exposons auparavant quelques autres recherches qui parurent pendant le règne de Pinel, et revenons tout d'abord sur celles qui militaient contre les doctrines de la *nosographie* et spécialement contre la doctrine pyrétologique.

§ III. *Décadence du système de Pinel.*

I. Commençons par l'ouvrage de Prost intitulé : *La Médecine éclairée par l'ouverture des corps.* On y lit ce qui suit :

« 1° Les causes qui donnent lieu à la *fièvre inflammatoire* simple agissent plus particulièrement sur les artères... Le trouble *particulier* qui lui donne lieu se communique *particulièrement* au sang, aux artères et au « cœur. » Ailleurs, il dit que « le point de départ de la « fièvre angioténique ou inflammatoire est dans le tissu « cellulaire, dans les membranes séreuses, dans les membres et dans les viscères pectoraux. » Il ajoute que « *la « fièvre est inflammatoire, simple ou angioténique, « lorsque les désordres essentiels qui ont lieu pendant son « cours, affectent principalement les viscères pectoraux.* » En définitive, les idées de Prost sur *cet ordre* de la nosographie n'étaient pas encore bien précises ni bien arrêtées.

2° Selon cet observateur, les altérations que l'on rencontre dans les corps des personnes mortes à la suite d'une fièvre bilieuse, « *consistent dans l'abondance du sang « dans tous les vaisseaux de l'abdomen, surtout dans « ceux des intestins, et les ramifications de la veine « porte. Le foie est rougeâtre, peu consistant ; la bile « plus ou moins abondante, bien fluide, jaune ou verte ; « le duodénum, le jéjunum et l'iléon sont gorgés de substances bilieuses claires ; un mucus très abondant, non « glutineux, blanchâtre, ressemblant au blanc d'œuf « peu cuit, enduit leur tunique interne, et engoue ces « viscères ; cette membrane est parsemée de vaisseaux « sanguins, qui abondent d'autant plus que les matières « bilieuses sont plus colorées et en plus grande quantité. « Quelquefois, on trouve des matières bilieuses dans l'estomac, et sa tunique muqueuse offre des sillons ou des*

« *espèces de points rouges.... Dans la fièvre bilieuse, le*
« *système artériel est développé, mais dans un degré in-*
« *férieur à la phlogose. Dès que ce développement s'ac-*
« *croît et que l'inflammation a lieu, les symptômes ataxi-*
« *ques d'abord, puis les symptômes ataxo-adynamiques*
« *se manifestent.... Les symptômes ataxiques sont l'effet*
« *de la phlogose intestinale.... Les symptômes adynami-*
« *ques sont relatifs à la terminaison de l'inflammation*
« *de la tunique muqueuse des intestins par gangrène, et*
« *à l'éloignement plus ou moins rapide du sang des vais-*
« *seaux dans lesquels il abondait d'abord.* »

Les organes abdominaux, et surtout les intestins, sont, selon Prost, le siége des altérations qui donnent lieu à la fièvre bilieuse. Les causes de cette fièvre agissent, dit-il, sur les intestins : *l'irritation de ces organes est leur résultat.*

3° Le passage suivant, relatif à la *fièvre ataxique*, est des plus remarquables :

Le cerveau peut sans doute éprouver des désordres provenant des phlogoses qui ont lieu dans sa substance ou ses membranes ; mais ce n'est point à ces affections que sont dues les FIÈVRES ATAXIQUES : *l'altération organique qui leur donne lieu, consiste dans l'inflammation de la membrane interne des intestins, avec ou sans excoriations. Cette inflammation résulte de la présence d'une quantité plus ou moins considérable de bile dans ces viscères ; elle peut les affecter dans une ou plusieurs parties plus ou moins étendues.... Les inflammations qu'on observe dans les intestins des corps de ceux qui sont morts de ces fièvres, sont toujours proportionnées aux divers symptômes qui ont eu lieu avant la mort ; elles sont plus vives et plus générales en raison de l'intensité qu'avait le délire, de l'agitation plus grande des membres, de l'ardeur du visage, de la soif plus forte, de la rougeur plus intense de*

la langue, de sa chaleur et de sa sécheresse, de la chaleur particulière et vive du ventre, de la rougeur des urines, de la quantité plus grande de matières bilieuses rendues par l'anus, et de leur odeur plus piquante.

Prost ajoute en note : qu'*il a fait l'ouverture de plus de deux cents cadavres de personnes mortes dans le cours des fièvres ataxiques, et qu'il a observé l'inflammation de la membrane muqueuse intestinale tèrs vive après des symptômes violents, faible dans les tempéraments délicats, etc.* Puis il continue ainsi :

« La manière dont sont disposées les inflammations de « la surface interne des intestins, nous rend compte des « changements subits et fréquents qui ont lieu dans ces « fièvres ; ces inflammations qui sont relatives à la quan- « tité et à la qualité des matières irritantes et surtout de « la bile, sont fréquentes dans les portions de ces viscè- « res où ces matières séjournent. Le duodénum, la fin de « l'iléon et le cœcum sont les plus exposés à ce séjour ; le « cœcum surtout est le centre, pour ainsi dire, des désor- « dres intestinaux : sa position, son adhérence à la fosse « iliaque, y favorisent la stagnation des matières.... » Suivent plusieurs réflexions hypothétiques, et tout-à-fait fausses, sur l'influence de la bile, des vers, etc. Prost termine ensuite en disant que JAMAIS ON N'OUVRE DE CADAVRES DE PERSONNES MORTES DANS LA FIÈVRE ATAXIQUE, SANS TROUVER LA MEMBRANE MUQUEUSE INTESTINALE ENFLAMMÉE.

4° Voici maintenant la doctrine de Prost sur la fièvre adynamique :

« Le système artériel est susceptible d'affaiblissement, « comme il l'est de développement, dans la membrane « muqueuse des intestins : l'inflammation de ces viscères « est soumise aux lois générales des phlogoses, qui ont « un terme fixé pour leur accroissement, au-delà duquel

« l'adynamie survient, quand l'ordre naturel n'est pas ré-
« tabli... Si le développement artériel est faible, comme on
« l'observe dans quelques fièvres muqueuses et gastriques,
« l'adynamie qui lui succède est simplement consécutive;
« au contraire, elle est consécutive-gangréneuse ou pu-
« tride, lorsqu'elle survient dans l'inflammation; c'est
« la terminaison d'une phlogose par gangrène, terminai-
« son fréquente dans les fièvres ataxiques aux deuxième
« et troisième degrés. »

Dans l'avertissement de *La Médecine éclairée par l'ouverture des corps*, voici ce qu'on trouve relativement à la méthode suivie par son auteur et à ses immenses recherches :

« Le but de mes recherches est, depuis longtemps, la
« connaissance des altérations organiques dans les mala-
« dies.... Loin de chercher la cause des maladies dans les
« organes qu'on présume devoir en être le siége, j'ai cher-
« ché à connaître tous les désordres des organes dans les
« maladies, et les différences qu'on peut observer dans
« les fluides et les solides pendant leur cours. Ce travail
« demandait une volonté très décidée, un courage iné-
« branlable, et peut-être plus d'amour pour la vie des
« autres que pour la mienne.

« Avant de publier mes observations, j'ai fait plus de
« quatre cents ouvertures de corps. Beaucoup m'ont re-
« tenu pendant une journée, et aucune pendant moins de
« plusieurs heures.

« Les membranes muqueuses des intestins m'ont paru
« mériter une très grande attention, et j'ai constamment
« observé celles de tous les organes de la digestion avec une
« application extrême : ce travail est horriblement dégoû-
« tant, *mais il donnera un jour des fondements inébran-*
» *lables à la médecine. Il est difficile d'exprimer,*
« *impossible de décrire avec précision la multitude des*

« *altérations qui ont lieu dans ces organes, et qui se coor-*
« *donnent aux symptômes du plus grand nombre des*
« *maladies.* »

L'ouvrage dont nous venons de parcourir les points capitaux, méritait, comme nous l'avons déjà dit, de faire un grand bruit dans le monde médical. Sans doute, il pèche beaucoup sous le rapport de la forme, de la méthode et de la rédaction, mais, quant au fond, il est vraiment admirable pour l'époque à laquelle il parut. Et cependant ce beau commencement d'une révolution qui, dix ans plus tard, devait ébranler l'édifice de la médecine jusque dans ses derniers fondements, passa pour ainsi dire inaperçu. certes, Prost aurait pu dire de son époque, comme Tacite avait dit d'une autre : *nostra œtas oblivia suorum.*

Je me tromperais toutefois en disant que cet ouvrage ne fut cité par aucun contemporain, car il faut faire une exception au moins en faveur de M. Broussais, et cette citation qui se trouve dans la première édition de l'*histoire des phlegmasies chroniques*, est bien digne d'être rappelée ici. Après avoir rapporté l'opinion de Prost, relativement à l'influence de la phlegmasie de la membrane muqueuse des voies digestives sur la production de la fièvre ataxique, M. Broussais ajoute : « j'ai trop souvent rencon-
« tré cette membrane en bon état, à la suite des typhus
« les plus malins ; j'en ai vu un trop grand nombre s'a-
« méliorer par l'emploi des stimulants les plus énergi-
« ques, pour partager l'opinion de ce médecin sur la
« cause de la fièvre ataxique. » Ce n'était pas ainsi que devait penser plus tard l'auteur de l'*Examen*. Dans la 3[e] édition de cet ouvrage, voici la noble déclaration de M. Broussais à ce sujet : « Le respect que j'avais encore pour
« les opinions du professeur Pinel, et la crainte de m'ex-
« poser à la critique, m'arrachèrent la phrase suivante
« (celle qu'on vient de lire). *Le fait est que j'étais dans*

« *l'erreur....* Mon premier soin, a été de me refuter moi-« même. Loin d'en rougir, je m'en fais gloire.... Malheur « à l'homme qui se fait un point d'honneur de ne jamais « confesser les fautes qu'il a commises ! » Revenons.

Qui croirait que Pinel ne fit aucune mention des recherches de Prost, dans le volume de sa *Nosographie* consacré aux fièvres essentielles ? Cependant, cet illustre auteur n'ignorait pas les recherches et les doctrines de Prost, puisque celui-ci déclare positivement, dans un autre ouvrage, *que les choses en étaient à un tel point alors, que l'on tournait ses observations en ridicule, et qu'il fit voir aux professeurs Corvisart et Pinel, des inflammations et des altérations de la membrane interne des intestins, dont ils se doutaient si peu, que des cadavres où il les leur montra, étaient sortis de leurs mains, sans qu'ils eussent ouvert les intestins, lors-même que ces cadavres provenaient des salles où ils donnaient leur leçons de clinique* (1).

L'ouvrage de Prost ne serait peut être jamais sorti du profond oubli dans lequel il était tombé, si dix à douze ans après sa publication, on n'avait trouvé bon de s'en servir contre un réformateur plus puissant et plus heureux que l'auteur de *La médecine éclairée par l'ouverture des corps.*

Au reste, il y a dans ce livre plusieurs hypothèses gratuites ou même entièrement erronées, et l'auteur, par exemple, a fait jouer à la bile dans la production des ulcérations intestinales, un rôle beaucoup trop étendu. Il y a loin, on doit l'avouer, de la doctrine incertaine, confuse et mal élaborée de Prost sur les fièvres, à celle de M. Broussais sur le même sujet. Il y a plus, c'est que, nulle part, Prost n'a parlé de la *désessentialisation* des fièvres, ce qui

(1) Prost, *Traité du Choléra-Morbus*, pag. 30.

est l'un des dogmes fondamentaux de la doctrine de l'auteur de l'*Examen*. Toutefois, il est juste de reconnaître que l'ouvrage de Prost fut le digne précurseur de ce dernier, et qu'il assure à son auteur une des premières places parmi les hommes qui, au commencement de ce siècle, ont le mieux mérité de la médecine *progressive* (1).

II. A la même époque où Prost ébauchait ainsi une importante réforme pyrétologique, Laënnec, dans sa thèse inaugurale (2), attaquait, de son côté, la *division* des fièvres. Après avoir dit que presque tous les auteurs qui ont divisé les fièvres d'après leurs symptômes, reconnaissent cinq assemblages principaux de symptômes fébriles, et avoir rappelé que M. Pinel avait cru devoir changer les noms de cette sorte de *pentateuque* pyrétologique, il ajoute ce qui suit :

« La fièvre muqueuse ou pituiteuse est une affection « inflammatoire particulière de la membrane muqueuse « intestinale..... Si l'on admettait comme des différences « spécifiques dans les fièvres, toutes celles qui naissent de « l'influence des affections qui existent avec elles, on se« rait obligé, non seulement d'admettre avec certains « auteurs des fièvres catarrhales, des fièvres vermineuses, « mais même d'appeler avec Hoffmann, fièvres de l'es« tomac, du foie, des intestins, les inflammations de ces « organes. »

---

(1) Prost appartient à l'école de Bichat, et il prit pour épigraphe de son livre, cette belle pensée du *Traité des Membranes* : « On aurait beaucoup « fait, je crois, pour la science, si, dans toutes ses branches, on démon« trait ce principe qui repose déjà sur un si grand nombre de faits ; savoir « que la nature, avare de moyens, est prodigue de résultats ; qu'un petit « nombre de causes préside partout à une multitude de faits, et que ceux « sur lesquels on est incertain, tiennent aux mêmes principes que plu« sieurs autres qui nous paraissent évidents. »

(2) Dissertation sur la doctrine d'Hippocrate, etc., Paris, 1804.

Ainsi, dès en 1804, Laënnec reconnaissait que la *fièvre muqueuse ou adéno-méningée était la fièvre compliquée avec une affection inflammatoire particulière de la membrane muqueuse intestinale*, et cependant lorsque plus tard, M. Broussais mit au jour son système de localisation, il trouva Laënnec au rang de ses plus ardents adversaires !

Laënnec propose de considérer la *fièvre*, étudiée en général, comme une affection *essentielle*, qui peut être compliquée de toutes les maladies, ou les compliquer toutes. Il ajoute que cette manière de voir sera bientôt démontrée par les faits ; que son ami M. Fizeau lui a dit avoir observé chez plusieurs malades, une fièvre vraiment *simple*, et sans aucune complication gastrique, muqueuse, etc. ; que depuis cette communication, il a vu lui-même deux cas de cette nature.

« De cette manière, dit-il, on ne reconnaîtrait que « deux espèces de fièvre continue, l'une aiguë et l'autre « lente; à la rigueur on pourrait même n'en admettre « qu'une espèce..... Les fièvres hectiques sans désorga- « nisation des viscères, sont *réellement des fièvres lentes* « *simples.* » (Ici Laënnec renvoie ses lecteurs aux *Recherches sur la fièvre hectique sans désorganisation des viscères*, par M. Broussais ; Paris, an X.)

On voit qu'il y a loin de cette doctrine de Laënnec, à celle de Pinel. Aussi fut-elle attaquée par le célèbre nosographe.

III. En 1805, M. Gariel soutient une thèse dans laquelle il combat aussi les doctrines pyrétologiques alors régnantes : « Ce qui prouve, dit-il, combien les idées qu'on a de la « fièvre sont peu vraies, peu approfondies, c'est la no- « menclature adoptée. En effet, une *fièvre inflammatoire* « n'est pas un fièvre excitée par l'inflammation, mais qui « la détermine. Que signifient les termes de *bilieuse, pitui-*

« *teuse*, puisque dans tous les cas on agit sur des organes « et non sur de la bile ou de la pituite? Ne sont-elles pas « plus inintelligibles encore, ces expressions de *putride*, « *maligne*, sur la signification desquelles on a tant va- « rié....? La nouvelle nomenclature (*fièvres angioténique*, « *méningo-gastrique*, etc.), bien préférable sous cer- « tains rapports, ne me paraît pas encore exacte.... On « aurait dû dire *angioténie fébrile*, maladie *méningo-* « *gastrique fébrile*, ou quelque chose d'analogue qui eut « rendu plus brièvement la même idée..... ON NE DOIT « PARLER DE LA FIÈVRE QUE COMME D'UNE AFFECTION « SYMPTOMATIQUE. »

IV. En 1813, paraît le célèbre *Traité de la fièvre entéro-mésentérique* par MM. *Petit et Serres*. Dans cet ouvrage, M. Petit a pour but principal d'établir que la maladie qui en est l'objet constitue une affection SUI GENERIS, *distincte de toutes celles décrites jusqu'ici par les auteurs*. Le passage suivant de cette importante monographie fera connaître la doctrine de M. Petit.

« Une maladie, nouvelle peut être et passagère, plus « probablement constante et méconnue jusqu'à ce jour, « mais dont certainement il n'existe nulle part de descrip- « tion suffisante, s'est offerte à notre observation; elle est « fréquente et grave; elle attaque plus spécialement la « classe des ouvriers à la fleur de l'âge.... Par une erreur « qui, sans doute, m'était commune avec tous les prati- « ciens, j'avais jusqu'ici confondu cette maladie dans la « classe nombreuse et variée des fièvres adynamiques et « ataxiques avec lesquelles elle a des traits de ressemblance « multipliés.

« Les symptômes qui, dans le cours de cette maladie, « doivent naturellement exciter la sollicitude du médecin, « ne sont pas ceux qui émanent des organes abdominaux; « ces derniers sont le plus ordinairement assez obscurs et

« hors de toute proportion apparente avec ceux que pré-
« sentent la plupart des phlegmasies intestinales.... Il doit
« donc paraître moins étonnant que, dans les autopsies
« qui ont jusqu'ici été faites après cette maladie, l'état des
« intestins et du mésentère ait été ou négligé ou mal inter-
« prêté (1).... L'examen des viscères abdominaux nous
« offrit *des altérations parfaitement semblables du tube*
« *intestinal, occupant constamment le même lieu dans*
« *l'étendue de ce viscère, et toujours simultanément les*
« *glandes du mésentère, correspondantes à la portion lé-*
« *sée de l'intestin, dans un état plus ou moins avancé de*
« *désorganisation*; une aussi remarquable et aussi con-
« stante ressemblance dans la nature et le siége de ces
« désordres ne pouvait plus me permettre de les rapporter
« à ces anomalies variées et fortuites que présentent fré-
« quemment les fièvres adynamiques et ataxiques ordi-
« naires; elle leur imprimait dès lors un caractère spécial
« qu'il n'était plus possible de méconnaître.

« Observant que la première lésion de fonction appré-
« ciable qui se manifestait, était toujours celle du canal
« intestinal, et *que les symptômes généraux ne parais-*
» *saient qu'à sa suite*, je pouvais en conjecturer avec
« vraisemblance que cet organe était le siége primitif de la
« maladie et la source commune de tous les autres acci-
« dents; mais cette conjecture acquérait beaucoup de force

(1) M. Petit, en écrivant ceci, avait sans doute, complétement perdu de vue la monographie de Rœderer et Wagler sur la *fièvre* ou *maladie muqueuse*, ainsi que celle de Sarcone sur l'*épidémie* de Naples. On voit ici une éclatante preuve de ce que j'ai dit plus haut du profond oubli dans lequel était resté enseveli l'ouvrage de Prost, antérieur de neuf *ans* seulement à celui de M. Petit. En effet, M. Petit ne dit pas un seul mot des travaux de Prost; et cependant cet infatigable observateur avait trouvé sur plus de deux cents cadavres les altérations qui caractérisent la *fièvre entéro-mésentérique*.

« lorsque je considérais avec quelle harmonie elle se rat-
« tachait, et à l'autopsie cadavérique et *aux notions de la*
« *physiologie*. En effet, la cause, quelle qu'elle pût être,
« qui agissait sur l'intestin était certainement d'une nature
« délétère.... Or, un pareil agent transmis par l'absorption
« aux glandes du mésentère, devait y porter une altération
« profonde.... Enfin, ce même principe, disséminé par
« une absorption ultérieure dans l'universalité du système,
« ne pouvait qu'y produire des effets d'une gravité re-
« marquable..... Ainsi s'expliquait cet appareil de sym-
« ptômes généraux, si imposants dans leur ensemble et
« si fréquemment funestes dans leur résultat....

« *Je pouvais donc admettre avec vraisemblance que*
« *l'affection intestinale était la maladie primitive* (1). »

M. Petit pose ensuite les questions suivantes :

Cette lésion de la membrane muqueuse était-elle l'effet de quelque agent introduit du dehors dans le canal intestinal ?.. Ou bien était-elle le produit d'une action morbifique antérieure, analogue à celles qui donnent naissance à *certaines éruptions cutanées avec lesquelles les plaques que l'on y observait paraissaient avoir quelque ressemblance*? Dans l'un comme dans l'autre cas, pourquoi l'extrémité de l'intestin grêle en était-elle le siége plutôt que toute autre partie du canal intestinal ? Cette maladie était-elle particulière à la ville de Paris ?... Avait-elle quelque analogie avec la diarrhée qu'éprouvent la plupart des individus nouvellement arrivés dans la capitale ? pourquoi les hommes, et

(1) « L'affection des intestins et du mésentère nous ayant paru, dans « cette maladie, aussi constamment semblable à elle-même que les pustules « varioliques, vaccines, etc., etc., nous avons cru, dit M. Petit, devoir « joindre à l'ouvrage une gravure coloriée, où elle est fidèlement repré- « sentée dans ses divers degrés, depuis l'engorgement commençant jus- « qu'à l'ulcération et la suppuration. »

parmi eux les jeunes gens, en étaient-ils plus fréquemment affectés que les femmes?... Toutes les classes de la société y étaient-elles également exposées? ou était-elle particulière à celle qui s'est offerte à nos observations dans les hôpitaux?...

Selon M. Petit, sur plusieurs de ces questions et d'autres qu'il serait possible d'y ajouter, *les faits étaient absolument muets*; sur les autres, ils ne jetaient qu'un jour faible et incertain; sur aucune on ne pouvait réunir de données suffisantes pour établir une opinion de quelque solidité (1).

Cela posé, M. Petit disserte sur la *nature* de la fièvre entéro-mésentérique et cherche à en déterminer la méthode curative. Partant d'une idée reproduite, du moins en partie, dans ces derniers temps, savoir : que la lésion de la *membrane muqueuse de la fin de l'intestin grêle* n'était pas une entérite, et ne jugeant pas que les désordres locaux dussent être l'objet principal du traitement, mais qu'il fallait, au contraire, diriger la méthode curative contre les symptômes généraux, tels que *la prostration des forces, la décomposition des traits, la débilité du pouls, la disposition gangréneuse universelle, etc.* M. Petit recommande un traitement *tonique excitant.* (*Quinquina en teinture vineuse ou en infusion aqueuse animée de liqueur d'Hoffmann, d'alcool ou d'acétate d'ammoniaque, les potions aromatiques éthérées et fortifiées d'extrait de quina, les frictions d'alcool camphré sur toute l'habitude du corps, etc.*)

M. Petit poursuit ainsi : « Tout, depuis que j'ai adopté

---

(1) Si M. Petit eût pu se livrer à toutes les recherches que comportait la matière, il aurait certainement trouvé la solution de quelques-unes des questions qu'il s'était posées. Il aurait été convaincu, par exemple, que la fièvre entéro-mésentérique n'était point *particulière à la ville de Paris*, ni la classe des ouvriers, bien qu'elle sévisse de préférence sur eux, etc.

« cette méthode, m'a paru devoir m'y conformer; des « succès de jour en jour plus évidents et plus nombreux, « lorsque j'en ai suivi la direction avec plus de fermeté et « de persévérance; une terminaison plus fréquemment « funeste, lorsque quelque complication m'a contraint à « m'en éloigner; la certitude que nous nous sommes pro- « curée de l'inefficacité des autres méthodes, particuliè- « rement lorsque les débilitants et SURTOUT LES PURGA- « TIFS en étaient le fondement. »

Passer, comme on dit, de la *théorie à la pratique*, surtout dans une science telle que la nôtre, est une affaire grave, et avant de franchir cette sorte de *rubicon*, quel praticien n'a pas éprouvé un instant de crainte ou du moins d'hésitation! C'est ce qui est arrivé à l'honorable M. Petit. Après avoir jugé que le but principal de la méthode curative ne pouvait être plus directement et plus promptement atteint que par un traitement tonique et excitant, il ajoute : « Mais ici je dus éprouver quelques « instants de doute et d'hésitation... *La lésion de l'in-* « *testin et du mésentère n'était pas inflammatoire, il est* « *vrai* (1), mais elle n'était pas non plus purement pas- « sive... Ne devais-je pas craindre que des médicaments « stimulants appliqués immédiatement à des organes aussi « sensibles et dans une pareille disposition, n'exaspéras- « sent la maladie dans un de ses principaux éléments?... « Arrêté par cette considération, je n'employai d'abord « ces moyens qu'avec une timide circonspection, et mes « succès alors furent plus rares et plus douteux. »

---

(1) Il n'est personne aujourd'hui, pas même M. Chomel, qui ne considère comme inflammatoire la lésion de l'intestin et du mésentère. Mais, ainsi que cela doit être, cette inflammation emprunte des caractères particuliers et du siège qu'elle affecte, et des diverses circonstances au milieu desquelles elle se développe.

Voici maintenant quelles furent les nouvelles considérations qui affermirent M. Petit dans ses vues principales de traitement, et comment il accommoda sa méthode à certaines circonstances de la maladie. « Observant, dit-il, que le siége
« de l'affection que j'avais à ménager était invariablement
« et *exclusivement* l'extrémité de l'intestin grêle dans le
« voisinage de la valvule iléo-cœcale, il me vint dans la pen-
« sée de tirer parti de cette disposition remarquable, pour
« donner au traitement la direction fixe et la marche éner-
« gique qu'exigeait l'urgence des circonstances. Je jugeai
« donc que si les toniques étaient administrés avec une
« modification telle, que l'estomac et la partie voisine du
« canal intestinal, toujours intacts dans la maladie (1), en

---

(1) Il n'est point exact de dire, au moins d'une manière générale et absolue, que dans la maladie appelée *fièvre entéro-mésentérique* par M. Petit, *fièvre* ou *affection typhoïde* par d'autres, l'estomac est toujours intact. C'est même là une erreur des plus graves, parce qu'elle a pu d'abord engager à suivre le traitement tonique et excitant, qui dans une immense quantité de cas, a été la cause principale de la transformation de la nuance dite *fièvre bilieuse* ou *gastrique* en celle dite *putride*, *typhoïde*, *gastro-adynamique*, et parce que, d'un autre côté, en localisant la maladie ainsi exclusivement dans les plaques de Peyer, les esprits subtils ont pu faire croire aux hommes simples et aux *commençants* qu'il n'y avait aucune analogie entre cette maladie et la gastro-entérite proprement dite. Le respectable et excellent confrère dont nous exposons ici les idées, est tombé lui-même dans cette dernière erreur. Après avoir dit que : « La
« membrane muqueuse de l'intestin n'était que partiellement affectée,
« et qu'elle l'était si *exclusivement* que, lors-même que l'ulcération l'avait
« détruite, elle laissait voir les fibres musculaires et la membrane périto-
« néale dénudées et intactes...... et que l'affection des glandes mésentéri-
« ques était de même nature et ne s'étendait pas en général au-delà de
« leur substance propre. » M. Petit ajoute: « tout, d'ailleurs, dans la cavité
« abdominale, était peu éloigné de l'état naturel; nous n'y rencontrions
« aucun des vestiges ordinaires des véritables phlegmasies intestinales.....
« Nous avons rencontré un cas où la fièvre entéro-mésentérique était
« compliquée d'entérite. L'inflammation avait son siége dans le jéjunum;

« supportassent seuls l'action immédiate, ce qui pourrait « être indirectement ressenti par les parties affectées, de- « viendrait incapable de les offenser grièvement; que ces « médicamens seraient appropriés à cette intention s'ils « étaient donnés sous forme soluble, diffusible et de facile « absorption.... Enfin, qu'il n'était ni impossible, ni in- « vraisemblable qu'ici la maladie de l'intestin fût de nature « à ne pas s'irriter de l'action des excitants, fût-elle im- « médiate et directe, comme cela s'observe dans les ulcères « scrophuleux, atoniques, gangréneux, scorbutiques, etc.»

Voilà, dans toute sa pureté, la doctrine de M. Petit sur la fièvre entéro-mésentérique, considérée sous le double point de vue de ses caractères nosographiques et de son traitement.

Sans doute, les recherches de ce profond observateur resteront comme un des monuments les plus précieux de l'époqueoù il les fit. Sans doute, une foule de considérations contenues dans le *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*, sont marquées au coin des saines doctrines. Mais il faut le dire avec franchise, en méconnaissant, jusqu'à un certain point, le caractère éminemment inflammatoire de la lésion de la *membrane muqueuse de la fin de l'intestin iléon*, M. Petit a commis une erreur très grave en matière de *nosogénie*. Je dis que cette erreur est très grave, car elle a été le principe d'une méthode curative essentiellement vicieuse, en ce qui concerne l'élément dont il s'agit. D'un autre côté, après avoir posé en fait que l'altération intestinale est prtmitive et qu'elle est le foyer des symptômes généraux, M. Petit pense néanmoins que sans négliger entièrement l'altération dont

---

« l'iléon, siège de la maladie essentielle, en était exempt.» C'est-à-dire que l'ulcération, la suppuration, etc., de la *membrane muqueuse* de l'iléon (ce sont les propres termes de M. Petit) ne sont pas des caractères d'inflammation !

il s'agit, la méthode curative doit principalement être dirigée contre les symptômes généraux. Ainsi, au lieu d'attaquer le mal dans ses racines, dans son origine même, M. Petit le combat surtout dans ses effets; c'est comme si l'on voulait étouffer un incendie sans éteindre le foyer d'où il est né. Et c'est par une méthode exclusivement excitante et tonique que M. Petit croit satisfaire aux indications fondamentales que présente la maladie! Il est vrai que cet honorable confrère nous vante, de très bonne foi, ses succès. Ce n'était hélas! qu'une illusion. A cette époque où la vraie méthode statistique n'était pas encore en usage, on décidait les questions de traitement, sans posséder les éléments nécessaires pour cela. Je démontrerai, dans une autre partie de cet Essai, quelle est, jusqu'ici, la méthode qui compte le plus de succès dans le traitement de la *fièvre entéro-mésentérique*, et l'on verra combien elle diffère de celle de M. Petit.

Quoiqu'il en soit, il est curieux de voir quelle était l'opinion de M. Pinel sur la nature de la maladie décrite par MM. Petit et Serres; la voici:

« D'après la description de cette maladie, on ne peut
« méconnaître une véritable entérite, ou une inflamma-
« tion violente de la membrane muqueuse des intestins
« grêles vers leur terminaison.... La fièvre *symptômatique*
« qu'on observe ici n'est point d'abord et par elle-même
« adynamique ou ataxique: au plus haut degré de la ma-
« ladie, elle prend l'un ou l'autre de ces caractères, et
« surtout le premier. On ne trouve donc aucune raison
« pour faire d'une pareille maladie un nouvel ordre de
« fièvres, et la plupart des médecins étant convenus
« maintenant de regarder la fièvre dite *puerpérale* comme
« une inflammation du péritoine ou de divers organes ab-
« dominaux, n'admettront, je pense, la fièvre *entéro-mé-*
« *sentérique* que comme une inflammation des intestins.
« Du reste, cette variété de l'entérite aigue est vraiment

5

« remarquable par le peu d'*intensité des symptômes locaux,*
« *par la constance et la marche régulière de la plupart*
« *des phénomènes généraux, par le caractère et le siége*
« *fixe de l'altération qu'on a trouvée après la mort.* »

On lit le passage que nous venons de citer, dans la sixième édition de la *Nosographie*, publiée en 1818. C'est par là que se termine le volume consacré à la classe des *fièvres essentielles*. En l'écrivant, M. Pinel ne s'apercevait pas qu'il donnait réellement gain de cause à la doctrine de M. Broussais, repoussée par lui dans deux endroits du même volume. Il ne prévoyait pas alors que ses élèves, ses partisans, ceux qui s'élevaient contre la nouvelle doctrine pyrétologique proclamée en 1816, professeraient un jour eux-mêmes que les *fièvres* essentielles qu'il avait admises rentraient toutes dans la *fièvre ou affection typhoïde*, c'est-à-dire, dans la fièvre entéro-mésentérique, c'est-à-dire, dans la violente inflammation des intestins grêles de M. Pinel, c'est-à-dire, dans la gastro-entérite de M. Broussais (1). C'est ainsi que, par la force irrésistible de la vérité, M. Pinel et ses défenseurs déposent, en quelque sorte à leur insu, en faveur de la réforme pyrétologique sur laquelle nous allons bientôt revenir. C'est un beau triomphe pour une doctrine que de vaincre ses adversaires avec leurs propres armes !

V. Les travaux que nous venons d'examiner ne furent pas les seuls qui parurent pendant le règne de la nosographie philosophique. En voici quelques autres qui doivent être signalés. Si nous ne les avons pas fait connaître, d'après l'ordre chronologique, c'était pour ne pas interrompre l'exposition de ceux qui roulaient spécialement sur le système pyrétologique de Pinel.

En 1806, Corvisart comble une des lacunes de la science

---

(1) *Voyez* les Leçons de M. Chomel sur la fièvre typhoïde. 1834.

par la publication de son bel *Essai sur les maladies organiques du cœur.* Il répand un jour nouveau sur le diagnostic de ces maladies, qui, malgré les travaux de Senac et de Morgagni, étaient encore journellement méconnues et souvent désignées sous le nom vague *d'asthme essentiel* (1).

En 1807, Rasori jette les fondements de son fameux système du contro-stimulisme.

En 1808, M. Broussais fait paraître l'*histoire* des *phlegmasies chroniques*.

Bayle, en 1810, publie son *Traité de la phthisie pulmonaire*, et y développe une doctrine contraire à celle de M. Broussais sur l'influence de l'inflammation chronique dans la production des tubercules.

Les faits ont prononcé entre Bayle et M. Broussais, et malgré les soutiens que la *théorie* de Bayle a trouvés de nos jours, elle n'en est pas moins une des plus insignes erreurs dans lesquelles observateur soit jamais tombé.

Je regrette que le cadre étroit dans lequel je suis forcé de me circonscrire, ne me permette pas d'analyser ici tous les travaux que je viens de mentionner et beaucoup d'autres qui surgirent à la même époque, tant en France qu'en Angleterre, en Allemagne et en Italie.

ARTICLE V.

État de la Médecine depuis Bichat et Pinel jusqu'à nos jours.

Si l'époque médicale que nous venons de parcourir est belle, celle qui l'a suivie et dont il nous reste à rendre compte, ne l'est pas moins. Cette nouvelle ère est peut être

---

(1) M. Alibert, à cette époque, publie son magnifique ouvrage sur les maladies de la peau.

même la plus glorieuse qui ait encore existé pour la médecine. Parcourons-la rapidement, jugeons-la avec la même impartialité que les autres, et saluons avec respect et admiration ses Bichat, ses Pinel et ses Corvisart.

Voyons d'abord comment la nouvelle école physiologique a formulé ses principes généraux, ou si l'on veut sa philosophie. Or, le passage suivant du véritable chef de la physiologie expérimentale moderne nous en offrira un aperçu qui suffit à notre objet.

§ Ier. *École de M. Magendie*

« Les sciences naturelles ont eu, comme l'histoire, « leur temps fabuleux. L'astronomie a commencé par « l'astrologie ; la chimie était naguère *l'alchimie ;* la phy- « sique n'a été longtemps qu'une vaine réunion de sys- « tèmes absurdes, etc. Telles furent les sciences naturelles « jusqu'au XVIIe siècle. Alors parut Galilée, et d'admi- « rables découvertes apprirent au monde que pour con- « naître la nature, il fallait l'observer, et par dessus tout « l'interroger au moyen des expériences. Cette philoso- « phie féconde fut celle de Newton.

« Mon but principal, en écrivant cet ouvrage, a été de « contribuer à changer l'état de la physiologie, en un « mot de faire éprouver à cette belle science l'heureuse « rénovation des sciences physiques.

« La croyance, si nuisible et si absurde, que les lois « physiques n'ont aucune influence sur les corps vivants, « n'a plus la même force ; les bons esprits commencent à « entrevoir qu'il pourrait y avoir dans l'animal vivant « divers ordres de phénomènes, et que des actes simple- « ment physiques n'excluent pas des actions purement « vitales.

« Encore quelques années, et la physiologie, liée in- « timement aux sciences physiques, ne pourra plus faire

« un pas sans leur secours; elle acquerra la rigueur de « leur méthode, la précision de leur langage, et la certi- « tude de leurs résultats.

« La médecine, qui n'est que *la physiologie de l'homme « malade*, ne tardera pas à suivre la même direction, « et nous en verrons ainsi disparaître toutes ces explica- « tions mensongères qui, aliment des intelligences les « plus infimes, la défigurent depuis si longtemps (1). »

---

(1) Dans cette rapide revue des progrès récents de la science de l'homme sain, on ne saurait oublier la remarquable révolution que Gall a fait subir à l'anatomie et à la physiologie du cerveau. Certes, c'est une heureuse et belle idée que celle de la *pluralité* des organes ou *sens* cérébraux, et de la *localisation* des diverses facultés intellectuelles et morales dont ils sont les instruments.

Sans doute, il reste infiniment à faire pour la détermination précise du siége de ces facultés et de leurs instruments; sans doute, cette science naissante est enveloppée encore d'obscurités, de doutes, d'incertitudes. Mais la base même de la doctrine repose sur une si nombreuse collection de faits et d'observations, qu'elle est inébranlable. Aussi les partisans sages et éclairés de la *phrénologie* bien entendue, se multiplient-ils chaque jour. Un physiologiste célèbre, M. Magendie, traite assez durement, il est vrai, les phrénologistes, et personne plus que nous n'a de respect pour une aussi imposante autorité. Toutefois, nous croyons que son jugement a été trop sévère. Voici ce qu'il dit, à ce sujet :

« La phrénologie, *pseudo-science* de nos jours, comme étaient na- « guère l'*astrologie*, la *nécromancie*, l'*alchimie*, prétend localiser dans le « cerveau les diverses sortes de mémoire; mais ses efforts se réduisent à « des assertions qui ne soutiennent pas un instant l'examen. Les *cranolo- « gues*, à la tête desquels est le docteur Gall, vont beaucoup plus loin; ils « n'aspirent à rien moins qu'à déterminer les capacités intellectuelles par « la conformation des crânes, et surtout par les saillies locales qui s'y « remarquent. Un grand mathématicien offre certaine élévation non loin « de l'orbite; c'est-là, n'en doutez point, qu'est l'organe du calcul; un « artiste célèbre, a telle bosse au front, c'est-là qu'est le siége de son « talent! Mais, répondra-t-on, avez-vous examiné beaucoup de têtes « d'hommes qui n'ont pas ces capacités! Êtes-vous sûr que vous n'en « rencontriez pas avec les mêmes saillies, les mêmes bosses? N'importe, « dit le cranologue, si la bosse s'y trouve le talent existe, seulement *il*

Ce programme de l'école physiologique moderne ne saurait trouver aucune opposition parmi les hommes

---

« *n'est pas développé* ; mais voilà un grand géomètre, un grand musicien « qui n'a pas votre bosse ; n'importe, répond le sectaire, croyez ! Mais « quand il y aurait toujours, reprend le septique, telle conformation « réunie à telle aptitude, il faudrait encore prouver que ce n'est pas une « simple coïncidence, et que le talent d'un homme tient réellement à la « forme de son crâne. Croyez, vous dis-je, répond le phrénologue ; et les « esprits qui accueillent avec empressement le vague et le merveilleux, « croient ! Ils ont raison, car ils s'amusent, et la vérité ne leur inspire- « rait que de l'ennui. »

Ceux qui ont étudié la saine phrénologie et qui savent que, comme toute autre science naturelle, elle ne procède que par voie d'observation, seront un peu surpris à la lecture du précédent passage de la physiologie de M. Magendie. Ils n'y verront qu'une plaisanterie sur les *bosses* et non une discussion vraiment scientifique et philosophique. Les vrais phrénologistes n'imposent point de croyance : ils veulent qu'on examine, qu'on observe, qu'on répète sans cesse les observations et les expériences, et c'est par cette méthode qu'ils sont parvenus à saisir les rapports qui existent entre le développement de certaine région du cerveau et la saillie des régions correspondantes du crâne, entre le développement de certaines régions du cerveau et le développement de certaines facultés morales et intellectuelles, etc. Est-ce avec l'argument de la plaisanterie et de l'ironie qu'on doit traiter un homme tel que Gall, c'est-à-dire un des plus profonds observateurs que les siècles aient jamais produits, et qui, comme il le dit lui-même, poursuivit ses recherches, *poussé seulement par son penchant à l'observation et à la réflexion* ? Voulait-il qu'on le crût sur parole, lui qui écrivait : *J'ai la certitude que l'on sera d'autant plus frappé de la vérité et de l'utilité de la physiologie du cerveau, qu'on l'aura soumise à des épreuves plus rigoureuses et plus multipliées* ?

Qu'y a-t-il donc de si plaisant, de si ridicule, de si merveilleux à reconnaître que, toutes choses égales d'ailleurs, celui-là aura des facultés morales et intellectuelles d'autant plus puissantes, plus énergiques, plus multipliées, qu'il possédera un cerveau plus volumineux, que ces facultés sont développées en raison directe de la masse du cerveau en général, et que la loi dont il s'agit doit être appliquée à chaque partie du cerveau comme à cet organe considéré en masse ?

Je le répète, le problème de la *localisation* des facultés morales et in-

éclairés et compétents. En déclarant formellement que la *médecine est la physiologie de l'homme malade*, M. Magendie professe le même principe fondamental, qui conduisit M. Broussais à donner le nom de *Physiologique* à la *médecine* réformée par lui. Occupons-nous maintenant de ce grand changement.

§ II. *École de M. Broussais. Révolution médicale de* 1816.

Quelque bien organisé, quelque *vivace* que fut pour ainsi dire le système de Pinel, son destin était de périr, car dans les sciences progressives comme la médecine, il n'est pas donné au même homme d'être toujours leur principal représentant.

Chaque jour ce système devenait de plus en plus chan-

---

tellectuelles, si variables, suivant les individus, réclame encore d'immenses recherches : les phrénologistes éclairés en conviennent les premiers. Mais est-ce une raison pour ne pas mettre à profit dès à présent les vérités que l'expérience et l'observation ont constatées ? En vain Cuvier et Napoléon lui-même s'opposèrent à la doctrine de Gall. Elle triompha de leur résistance, et, par une vengeance digne d'elle, elle se sert des têtes de ces deux grands hommes pour appuyer ses principes, si longtemps mal saisis. Après une telle victoire, quels ennemis la phrénologie bien comprise aurait elle désormais à redouter ? M. Magendie lui-même reconnaît en quelque sorte la légitimité de cette science, et rend hommage à son principe fondamental quand, après avoir traité des fonctions du cerveau, suivant l'ancienne méthode, il ajoute en note : « ce « serait ici le lieu de traiter de l'usage des diverses parties du cerveau « dans l'intelligence et dans les facultés instinctives...... Nous nous oc- « cupons depuis longtemps d'observations et d'expériences directes sur ce « point; nous nous empresserons d'en faire connaître les resultats aussitôt « que nous les jugerons dignes d'être rendus publics. »

L'auteur de cet *Essai* a déjà fait pour sa part de nombreuses expériences directes, qu'il a communiquées à l'Institut et publiées plus tard. Or, ces expériences confirment pleinement les principes fondamentaux de la doctrine de Gall, bien qu'elles ne soient pas toujours d'accord avec quelques-unes des assertions de cet illustre observateur sur la localisation particulière de certaines facultés.

celant, et menaçait de s'écrouler sur sa base minée de toutes parts, ainsi que nous l'avons fait remarquer un peu plus haut. Tout était préparé pour une nouvelle révolution médicale : il ne manquait plus, pour ainsi dire, que la venue du messie médical qui devait accomplir cette régénération. Ce messie parut enfin, sous le nom de M. Broussais.

Généralisateur hardi, autant qu'habile et profond observateur, cet illustre maître porta un coup mortel à la *doctrine la plus généralement adoptée* par la publication de ce fameux *Examen*, qui parut en 1816 (1). Depuis vingt ans que le monde médical tout entier retentit du bruit de la *doctrine* fondée par M. Broussais, tant de livres, tant de journaux l'ont exposée, que nous n'avons pas besoin d'y insister très longuement ici.

Voici le résumé de la critique de M. Broussais sur la classification de M. Pinel :

« Il résulte, dit M. Broussais, de toutes les discussions « auxquelles je me suis livré : 1° que les classificateurs ont « partagé arbitrairement les signes extérieurs les plus « saillants des affections de nos organes, en un certain « nombre de groupes ou collections abstraites sous le nom « de maladies ; 2° que ces groupes de symptômes sont « formés de manière qu'ils ne représentent point l'état des « organes souffrants, parce que les auteurs manquent es- « sentiellement de physiologie ; 3° que, puisqu'ils on fait « une décomposition vicieuse de la somme des désordres « pathologiques, ils ne les ont point analysés ; 4° que leurs

---

(1) Déjà depuis deux ans, dans les cours particuliers de Médecine qu'il fit, à son retour des armées en 1814, M. Broussais enseignait les principes contenus dans l'*Examen*. Sans la grande catastrophe de 1814, qui sait si jamais M. Broussais eût accompli sa glorieuse destinée de réformateur de la Médecine ?

« groupes de symptômes n'étant point applicables aux
« affections des organes, puisqu'ils confondent des lésions
« qui devraient être séparées, et en séparent d'autres qui
« devraient être réunies, ces groupes sont non-seulement
« inutiles, mais encore nuisibles à l'étude, en forçant
« l'esprit à un travail continuel pour rectifier les erreurs
« qu'ils y ont introduites ; 5° qu'en assujettissant leurs
« prétendues maladies à des marches déterminées et qui
« n'ont rien de réel, ces auteurs ont porté le fatalisme
« dans la médecine, et mis des entraves au traitement... »

Le pivot sur lequel roule en quelque sorte tout le système de M. Broussais, son principe fondamental, celui sur lequel il revient souvent, qu'il développe sous toutes les formes, et avec une sorte de complaisance, c'est que la médecine doit reposer sur l'anatomie et la physiologie. Après avoir exposé un nouveau plan d'études pathologiques, il termine ainsi : « cette classification uniquement « fondée sur l'anatomie et sur la physiologie, me paraît « la seule qui puisse être adoptée au siècle où nous vi- « vons. » Il dit ailleurs : « toutes les classifications qui ten- « dent à nous faire considérer les maladies comme des « être particuliers sont défectueuses, et un esprit judi- « cieux est sans cesse, et comme malgré lui, ramené vers « la recherche des organes souffrants. » Mais, ajoute-t-il, « ce n'est pas assez de savoir quel est l'organe malade, « il faut encore déterminer *pourquoi* il l'est, *comment* il « l'est, et de *quelle manière il est possible de faire qu'il* « *ne le soit plus.* » Il répète dans un autre endroit, en commençant l'*appréciation des nosologies les plus modernes :* « Que toute classification qui tendrait à isoler « les phénomènes pathologiques, des organes dont ils « expriment la souffrance, serait essentiellement défec- « tueuse. » Enfin, dans la préface du même livre, il recommande de *puiser dans la physiologie les traits carac-*

téristiques des maladies et de débrouiller, par une savante analyse, les cris souvent confus des organes souffrants.

Certes, quiconque a lu cet ouvrage avec attention, s'étonnera que plus tard, un auteur, d'ailleurs fort honorable, ait cru avoir créé de toutes pièces, la *médecine organique.* Que l'on compare les propositions fondamentales du *cours de médecine clinique* avec celles exposées dans le premier *examen*, et j'affirme, après avoir fait moi-même cette comparaison, qu'on ne trouvera aucune différence essentielle entre les unes et les autres. Evitons de nous engager dans de stériles disputes de mots, et que la médecine *organique* et la *médecine* physiologique soient donc désormais une seule et même médecine.

Mais poursuivons l'analyse de la nouvelle doctrine, et faisons connaître en particulier ses principaux dogmes en ce qui concerne la première et la cinquième classes de la *nosographie philosophique*, savoir : les fièvres *essentielles* et les *lésions organiques.*

I. La négation de l'*essentialité* des fièvres et leur localisation dans le tube digestif, à titre de *phlegmasie aiguë* de la membrane muqueuse ou folliculeuse de cet appareil, voilà, sans contre-dit, une des propositions les plus capitales de la *nouvelle* doctrine. Après avoir signalé des inconséquences et des contradictions dans la doctrine pyrétologique de M. Pinel, M. Broussais se résume ainsi :

1° *Les mots* FIÈVRE GASTRIQUE et FIÈVRE MUQUEUSE *ne donnent l'idée que de deux groupes de symptômes appartenant à quelques-unes des nuances de l'irritation des voies digestives; ils laissent dans l'ignorance sur toutes les autres et conduisent à une pratique hasardeuse et souvent funeste ;* 2° *les mots* FIÈVRE ADYNAMIQUE, *en fixant l'attention sur la faiblesse musculaire et sensitive, présentent l'idée d'un groupe de symptômes qui peuvent dépen-*

dre non-seulement de l'irritation des voies digestives, mais encore de toutes les phlegmasies étendues et douloureuses et loin de conduire à un traitement approprié, ils empêchent le médecin de recourir aux seuls moyens qui puissent remonter les forces, ceux qui calment l'irritation et la douleur de l'organe enflammé (M. Broussais ajoute, ailleurs, que la putridité et l'adynamie cesseront de surprendre les observateurs, lorsqu'ils auront bien réfléchi aux conséquences nécessaires d'une phlegmasie muqueuse des intestins; c'est-à-dire lorsqu'ils se représenteront le cloaque de l'économie abandonné aux ravages d'une inflammation véhémente); 3° les mots FIÈVRE ATAXIQUE *dépeignent à l'imagination différents groupes de symptômes qui peuvent reconnaître pour cause immédiate l'irritation du centre nerveux, celle des viscères principaux de la poitrine et du bas-ventre; ils ne sauraient nous mettre sur la voie d'un traitement rationnel, mais plutôt, en associant l'idée de faiblesse à celle d'ataxie, ils doivent enfanter une thérapeutique aussi pernicieuse qu'elle est inconsidérée.*

II. Après avoir dit que la classe des lésions organiques, qui consistent en un *changement dans la structure intime des organes* est un chef d'œuvre de contradictions, d'inconséquences et d'irréflexion; après s'être étonné de ce que des médecins qui font profession de cultiver la physiologie et l'anatomie pathologique aient pu admettre une classe où figurent à côté les uns des autres, la syphilis, la gangrène, le scorbut, le cancer, les hydropisies, le diabètes et les vers, etc.; après avoir montré que le phlegmon, le catarrhe, la dyssenterie ne désorganisent pas avec moins d'intensité que les irritations locales dont se compose la syphilis, bien qu'ils ne soient pas donnés pour des *lésions organiques;* après avoir fait ressortir les relations du cancer et des tubercules avec les *phlegmasies chroniques;*

aprés ces considérations préliminaires, disons-nous, M. Broussais poursuit ainsi :

« Je ne saurais trop insister sur les vices de la classe « des lésions organiques, puisque ce mot n'est propre « qu'à flatter la paresse des médecins et à les empêcher de « remonter à la véritable cause de ces affections qui ne » sont, dans le fait, que les cachexies des premiers « nosologistes *mutato nomine*, et dont l'origine se trouve « *presque* toujours dans les maladies aiguës.

« Mais, dira-t-on, n'admettez-vous donc point de lé- « sions organiques primitives, c'est-à-dire indépendantes « de toute autre maladie ?

« J'admets au nombre des vices organiques, les défauts « de conformation, les adhérences contre nature, le dé- « veloppement imparfait ou exagéré de certaines parties, « le défaut ou l'existence insolite de quelques organes, « les déplacements, divisions, solutions de continuité, « par l'effet des causes violentes. Je conviens ensuite « qu'il s'opère quelquefois, et d'une manière insensible « dans l'intérieur de nos tissus, des dégénérescences et « des transformations qui ne sont point précédées d'un « état pathologique bien marqué; mais je veux qu'on « éclaire le mécanisme de leur production dans les cas « obscurs, par ceux qui sont si évidents que tous les yeux « en sont frappés..... Ce n'est pas que je prétende que l'on « parvienne à reconnaître le mécanisme, ou mieux la « physiologie de toutes les dégénérations possibles...... « J'ai conclu de la doctrine de nos pères, et de mes pro- « pres observations, que les dégénérations tuberculeuses « et cancéreuses étaient bien souvent l'effet d'une affec- « tion inflammatoire. »

Il eut été surprenant qu'un médecin de l'école de Bichat eut nié formellement l'altération des liquides en général et du sang en particulier. Aussi, bien loin de la nier,

M. Broussais combat ceux qui ne l'admettent pas ; voici, par exemple, ce qu'il dit à l'occasion du scorbut, lequel, comme on sait, a été placé par M. Pinel dans la classe des lésions organiques. Après une savante discussion par laquelle il prouve, 1° que la fongosité des gencives et les pétéchies des scorbutiques sont dûs à une altération *primitive* du sang ; 2° que les mauvais aliments ont commencé par *empoisonner*, par *corrompre le sang*, M. Broussais s'explique ainsi sur la nature du scorbut.

« Ainsi, le scorbut est véritablement une maladie hu-
« morale ; et, quoiqu'en puissent dire les vitalistes exclu-
« sifs et les Browniens, elle n'est pas le pur et simple
« effet de la débilité générale. Il est donc des cas où les
« maladies peuvent commencer par les fluides ; et c'est
« alors par les fluides qu'il faut les attaquer. »

Voilà ce qu'on lit à la page 286 de l'Examen, et un peu plus bas l'auteur parle de la *cacochymie* du sang (car, dit-il, ce mot, tout proscrit qu'il est, convient fort bien ici).

Il finit par exposer ses idées ingénieuses sur la localisation des dégénérations tuberculeuses et squirrheuses dans les vaisseaux blancs. « Pourquoi, dit-il, a-t-on repoussé cette
« idée? Est-ce le mot inflammation lymphatique qui a blessé
« les oreilles philosophiques? Eh bien, j'y renonce pour
« ne me servir que du mot irritation : n'en avais-je pas dit
« assez dans l'*Histoire des phlegmasies* pour faire com-
« prendre aux physiologistes que je ne confondais pas
« l'irritation chronique qui tuméfie, développe, décom-
« pose un faisceau lymphatique, avec l'inflammation du
« phlegmon? Ne fallait-il pas saisir l'idée et la féconder?
« Si on l'eût fait, la science y eût gagné, et j'aurais ap-
« plaudi à la censure qui eût condamné mes expres-
« sions. On n'a point vu que le but de mon ouvrage était
« d'exercer les médecins à étudier l'irritation dans cha-

« cun de nos tissus, tels qu'ils peuvent la comporter, « au lieu de les obliger tous, comme on a coutume de le « faire, à éprouver les phénomènes du phlegmon, sous « peine d'être taxés d'*asthénie*, de *spasme*, *d'engor-* « *gement*, ou, ce qui est encore plus vague et tient même « en quelque sorte du niais, d'*affections chroniques*. C'est « dans l'ouvrage de Bichat que j'ai puisé l'idée qui m'a « guidé dans ces recherches.... Tel est l'état précis où j'ai « trouvé la doctrine des irritations organiques : et le ré- « sultat de mes premiers essais est non-seulement d'avoir « déterminé la nature de plusieurs nuances totalement « ignorées, mais encore de les avoir rapportées aux diffé- « rents tissus où elles peuvent se développer.... Mais je « mis dans le titre de mon livre le mot *phlegmasie ;* c'en « fut assez pour imposer aux esprits superficiels, qui ne « lisent que la préface et la table des matières. On retint « l'idée de la plus prononcée des irritations organiques, « de celle du système sanguin, au degré du phlegmon ; on « la transporta aux capillaires lymphatiques et cellulaires, « chez un sujet pâle, maigre, languissant, cela parut « ridicule, et l'on ferma le livre sans vouloir en vérifier « le contenu. »

Tel est, en résumé, le système médical connu sous le nom de *Doctrine physiologique*. Malgré la vive opposition qu'elle eut à essuyer de tout côté, et particulièrement de la part de l'école dont elle attaquait le chef, *elle a* décidément *vaincu*, ainsi que l'a dit son illustre et mâle fondateur, dans la troisième édition de l'*Examen des doctrines*. Grâce à son éclatant triomphe, 1° l'essentialité des fièvres continues a disparu comme un vain fantôme, et *elles sont enfin rentrées dans la vaste classe des plegmasies*, conformément à ce qu'avait prédit M. Broussais dans la préface de la première édition de cet ouvrage à jamais mémorable; 2° diverses maladies, jusque-là rangées dans la classe des

lésions organiques ou des névroses, ont subi la même classification.

Comme tous les autres, le système nosologique de M. Broussais a reflué sur la thérapeutique : en agrandissant le cadre des phlegmasies, il a élargi l'application de la méthode antiphlogistique, et en localisant des maladies qu'on avait cru *primitivement générales*, il a surtout mis en honneur les émissions sanguines locales. Avoir substitué les sangsues et les émollients aux vomitifs, aux purgatifs, aux toniques et aux excitants dans le traitement des maladies dites fièvres essentielles, c'est là assurément une grande révolution thérapeutique.

Si jamais doctrine médicale ne souleva contre son auteur plus d'ennemis, jamais aussi, par une juste compensation, doctrine médicale n'excita un plus vif enthousiasme et ne réunit sous la bannière de son auteur une plus grande masse d'élèves et de prosélytes. Il en est parmi eux, je le sais, qui exagérèrent les principes du maître et cela était inévitable. D'autres, au contraire, tombant dans un excès opposé, ne les adoptèrent qu'avec des restrictions extrêmes, et l'on vit ici comme ailleurs s'interposer entre les partisans du présent et les partisans du passé cette secte fameuse connue sous le nom d'*éclectique*. Mais aujourd'hui, les éclectiques ont marché, et ils ont enfin reconnu la vérité et la solidité des deux dogmes fondamentaux de la *nouvelle doctrine médicale*.

La *non-essentialité* des fièvres, cette découverte à la fois si simple et si magnifique, a cependant trouvé de nombreux adversaires parmi lesquels se trouvent MM. Chomel et Laënnec.

M. Andral, qui ne l'avait pas formellement combattue dans la première édition de sa *Clinique médicale*, bien qu'il eut cru devoir consacrer aux *fièvres* un volume à part, a puissamment concouru à propager cette vérité, en

l'adoptant positivement dans les seconde et troisième éditions de l'ouvrage indiqué. « Les progrès de la science « m'ont engagé, dit-il, à ne pas consacrer, comme dans « la première édition, un volume spécial aux *fièvres*; j'ai « cependant conservé avec soin toutes les observations « que renfermait ce volume, mais je leur ai donné un « autre place (1)... *depuis la publication de l'Examen « des doctrines*, dit ailleurs ce savant observateur, dont « on connaît la haute prudence, *de nombreux travaux « sont venus appuyer la doctrine de la localisation des « fièvres*. »

On lit avec plaisir dans la clinique de M. Rostan, le passage suivant concernant la nouvelle révolution pyrétologique. Après avoir parlé des essais de quelques médecins pour faire disparaître les fièvres essentielles du cadre nosographique, il ajoute : « Il était réservé à M. Broussais de « combattre avec avantage ces croyances de l'ancienne « médecine : c'est une justice que nous aimons à lui « rendre, et la postérité se plaira sans doute à reconnai- « tre un service si éminent. »

Dans son *Examen de l'examen*, M. Louis lui-même déclare que ses résultats sont opposés à ceux de M. Chomel, si toutefois, comme cela me paraît certain, M. Chomel est bien l'ami dont parle M. Louis dans le passage suivant de sa brochure (2). Après avoir parlé de ses recherches sur l'affection typhoïde, faites dans le service de M. Chomel, M. Louis ajoute : « Que le lecteur dise si celui qui a publié « des résultats opposés aux opinions d'un ami qui lui fa-

---

(1) Les unes ont été rangées parmi les observations relatives aux phlegmasies aiguës des viscères abdominaux, les autres parmi les observations relatives aux phlegmasies également aiguës des centres nerveux.

(2) Si je suis dans l'erreur à ce sujet, je m'empresserai de la réparer, aussitôt que j'en aurai été averti.

« cilitait les moyens de se livrer à l'observation, n'a pas « une complète indépendance de caractère... »

Il est seulement fâcheux que M. Louis, jouant en quelque sorte sur le mot entérite, ait refusé à la maladie qu'il appelle *affection* typhoïde, une place parmi les espèces que comprend le genre *entérite*. En effet, à qui pourrait-on faire croire que la lésion qui occupe la membrane *folliculeuse* de l'intestin grêle et spécialement les plaques de Peyer, n'est pas une *espèce d'entérite*? M. Louis dira-t-il que l'espèce d'entérite décrite avant lui, dans les cas de fièvre entéro-mésentérique, n'était pas la lésion qu'il a lui-même décrite? Mais il ne pourrait le faire sans nier l'évidence même.

En regard des opinions de MM. Andral et Rostan, professées aussi par MM. Lallemand, Boisseau, Roche, Bégin, Rayer, Dugès, Billard, Chauffard, Scouttetten, ainsi que par nous-même, dès en 1826, époque de la publication du *Traité clinique et expérimental des fièvres dites essentielles*, plaçons l'opinion opposée de M. Chomel, telle qu'il l'a développée, en 1821, dans son *Traité des fièvres et des maladies pestilentielles* (1).

« Les fièvres *idiopathiques*, dit-il, sont devenues beau-« coup moins communes aux yeux de la plupart des mé-« decins; elles sont devenues pour plusieurs des maladies « rares, et, au jugement de quelques autres, elles ont dû « être rayées des cadres nosologiques, et rapportées toutes « aux inflammations. Cette dernière opinion, *par cela « même qu'elle était exclusive, opposée aux idées reçues « et proclamée avec assurance, devait séduire la foule*

(1) Ce ne sera que dans le paragraphe suivant, consacré à la découverte de l'*auscultation* par Laënnec, que j'examinerai l'opposition de cet auteur à la *nouvelle doctrine* en général et à son système *pyrétologique* en particulier.

« *inexpérimentée* (1). Les mêmes motifs devaient prémunir contre elles les hommes instruits profondément « dans la connaissance des maladies, et accoutumés d'ailleurs à mettre de la mesure dans leurs opinions et de la « circonspection dans leurs jugements.

« Dans l'examen des cadavres des individus qui succombent aux *fièvres graves,* voici ce qu'on observe :

I. « Chez quelques individus, on ne rencontre aucune « altération appréciable (2).

II. « Chez d'autres, on n'aperçoit qu'une rougeur légère, et souvent bornée à un très petit espace du conduit « digestif.

III. « Chez le plus grand nombre, les trois quarts environ, on trouve des ulcères plus ou moins nombreux « dans les intestins, vers la valvule iléo-cœcale; les glandes « mésentériques correspondantes sont rouges et tuméfiées, etc.... Dans quelques sujets, on ne rencontre plus « que des traces d'ulcères cicatrisés. »

M. Chomel regarde « les ulcérations intestinales qui ont « lieu fréquemment, mais non pas constamment, dans le « cours des fièvres, comme étant *très souvent l'effet* « et *rarement la cause* des synptômes que l'on observe. »

Il conclut, en définitive que, « dans l'état actuel de la « science, on doit admettre des fièvres idiopathiques (autrement dit *essentielles)*, c'est-à-dire des affections

---

(1) Ainsi, MM. Lallemand, Andral, Rostan font partie de la foule *inexpérimentée*, et ont adopté l'opinion de la *non-essentialité* des fièvres, *parce qu'elle était exclusive*, etc.

(2) M. Chomel, qui ne fait point partie de la foule *inexpérimentée*, mais bien des *hommes profondément instruits dans la connaissance des maladies*, etc., cite des observations de ce genre qui lui sont propres. Toutefois, dans un ouvrage plus récent, dont nous parlerons plus bas, il s'est bien gardé de rappeler ces observations.

« caractérisées par une marche aiguë et par un trouble gé-
« néral des fonctions, *indépendantes de toute affection*
« *locale primitive, et ne laissant après la mort, dans les*
« *organes, aucune altération à laquelle on puisse attribuer*
« *les phénomènes qui ont lieu pendant la vie.* »

Voilà ce que professait M. Chomel en 1821. Dans un nouvel ouvrage qu'il vient de publier sur le même sujet (1), il n'en est plus ainsi : il se rapproche de la foule inexpérimentée, et enseigne que toutes les fièvres qu'il avait admises *ne sont que des variétés d'une même affection, qu'il désigne préférablement par le nom de fièvre ou maladie typhoïde, et que d'autres ont décrite sous le nom d'entérite folliculeuse* (page 1). Il ne dit plus qu'il a rencontré des cas de fièvres essentielles sans altération appréciable après la mort, ni que chez les trois quarts seulement on trouve des ulcérations intestinales ; voici, au contraire, ce qu'il déclare : *L'inflammation folliculeuse des intestins est tellement fréquente chez les sujets qui succombent à la maladie qui nous occupe, que depuis cinq ans nous n'avons pas rencontré un seul fait exceptionnel* (page 28).

Du reste, M. Chomel n'en pense pas moins que la maladie peut exister sans la lésion des follicules intestinaux. Il faut espérer que dans une autre édition de son ouvrage, il abandonnera cette étrange opinion, et qu'il finira par se convertir entièrement à l'opinion de la *foule* inexpérimentée.

Partisan sincère et indépendant de tous les hommes qui se sont illustrés par des découvertes plus ou moins importantes, je n'ai pas cru devoir faire une exception vraiment impie à l'égard de l'immortel auteur des *Phlegmasies chroniques* et de l'*Examen des doctrines*. J'ignore quel jugement définitif la postérité portera sur ce qu'on désigne

(1) *Leçons sur la fièvre typhoïde*. Paris, 1834.

sous le nom de système de l'irritation (1); mais on peut prédire, sans être un prophète bien savant, 1° que la *localisation* des fièvres dites essentielles continues, leur *ralliement* à la classe des phlegmasies; que la doctrine qui rattache aux phlegmasies chroniques, diverses altérations organiques, considérées jusques-là comme *des espèces* morbides essentiellement distinctes de celles décrites sous le nom de phlegmasies; 2° que la simplification du traitement des fièvres, et de plusieurs des maladies autrefois comprises dans la classe des lésions organiques et des névroses; 3° que la substitution de la méthode antiphlogistique à la méthode tonique, stimulante, *incendiaire*, dans le traitement des fièvres dites adynamiques et ataxiques, on peut prédire, je le répète, que ces trois grandes idées assurent à celui qui les a conçues et fait adopter une gloire éternelle.

Cette gloire resterait immense encore, quand il serait vrai, ce qui, à mon avis, ne l'est pas, que la phlegmasie *éruptive* et *ulcérative* que l'on rencontre dans les cas de fièvres *essentielles*, n'est que secondaire, et que la fièvre *typhoïde* qui comprend aujourd'hui, selon M. Chomel lui-même, toutes les fièvres essentielles qu'il avait admises autrefois, n'est autre chose qu'une sorte de *variole intestinale*.

---

(1) J'ai dit ailleurs, ce que je pensais pour mon propre compte du système dont il s'agit, en analysant l'ouvrage de M. Broussais sur l'*irritation* et la *folie*. (*Voir le Journal Hebdomadaire.*)

Au reste, le passage suivant de M. Broussais est une réfutation suffisante de ceux qui l'accusent d'avoir tout réduit à l'irritation :

« J'ai soutenu que la plupart des maladies dépendent de l'irritation ; « mais je n'ai pas prétendu qu'elles en fussent toutes le résultat... et d'ailleurs notre doctrine n'est point intitulée la doctrine de l'irritation, « mais la doctrine physiologique ; ainsi elle repose nécessairement sur « *toutes les modifications que peut éprouver la vie* et non pas seulement « sur son exaltation, quoique celle-ci soit incomparablement la plus fré- « quente. » (*Examen des doctrines*, 2e et 3e éditions.)

Quelque soit, au reste, l'opinion qu'on professe aujourd'hui sur la nature des maladies dites fièvres essentielles, il est certain que l'ancienne méthode de les traiter a été généralement abandonnée, et que les succès ont été pour ceux qui ont adopté la méthode de M. Broussais, soit *pure*, soit *modifiée* (1).

§ III. *Découverte de la méthode de l'auscultation par Laënnec. Opposition de cet auteur à la doctrine de M. Broussais.*

Laënnec est, sans contredit, un des hommes dont le nom honore le plus la France médicale. Il s'est surtout illustré et vraiment immortalisé par la découverte d'une nouvelle méthode d'exploration, qu'il a désignée sous le nom d'*Auscultation médiate* (2). Grâce à cette heureuse invention, Laënnec a pour ainsi dire doué le diagnostic d'un nouveau sens. En effet, depuis Laënnec, le sens de l'ouïe

---

(1) Défenseur du dogme de l'essentialité des fièvres, dans les premiers temps où déjà M. Broussais avait exposé sa belle doctrine de la *désessentialisation* de ces maladies, M. Chomel s'est, en grande partie, réfuté lui-même dans un ouvrage récent, sous le double rapport des doctrines et de la thérapeutique. Ce qu'il y a de plus admirable, c'est que, dans un travail où l'on est forcé de sacrifier en quelque sorte au nouveau culte de la médecine, on a eu le courage stoïque de ne pas prononcer une seule fois le nom de M. Broussais, et de ne parler de l'école physiologique qu'avec ce dédain superbe qu'inspire la supériorité et qui sied si bien à un fier triomphateur.

(2) Tout le monde sait aujourd'hui que, dans l'immense majorité des cas, on peut se dispenser, comme on se dispense en effet, avec avantage, de l'emploi du stéthoscope, pour ausculter les bruits ou sons divers qui se passent dans les organes de la respiration et de la circulation, ainsi que dans quelques autres organes.

Quant à la première idée de l'auscultation, elle remonte, comme nous l'avons vu plus haut, à Hippocrate lui-même. C'est Laënnec, le premier, qui a rappelé l'attention sur le passage, généralement oublié, dans lequel l'oracle de Cos a parlé de cette méthode. Hippocrate recommande,

partage avec celui de la vue et du toucher, le privilége de fournir au diagnostic les plus importantes données. Ce nouveau *sens médical*, dans les cas où la vue et le toucher ne sont pas applicables, les remplace et constitue un lumineux flambeau sans lequel l'art du diagnostic serait éternellement resté environné de doutes et d'incertitude. C'est ainsi, par exemple, que, dans les maladies des poumons et du cœur, l'oreille, s'il m'est permis de parler de la sorte, *voyant* et *touchant* ces organes, recueille, au moyen d'un examen attentif, des signes qui, comme l'a dit Laënnec, rendent le diagnostic de la plupart des maladies dont il s'agit, aussi sûr que celui de certaines maladies chirurgicales, telles que les fractures et les luxations entre autres. Déjà, sans doute, la percussion avait dissipé quelques-unes des obscurités dont le diagnostic des affections des poumons et du cœur était enveloppé; mais combien il restait encore à faire! Combien de ces maladies échappaient à la percussion, qui nous ont été révélées par l'*auscultation!* Aussi, n'est-ce réellement que de l'époque où cette dernière méthode a été pratiquée avec toute l'exactitude convenable, qu'il n'est plus permis de s'écrier, avec Baglivi : *O quantum difficile morbos*

---

d'ailleurs, *l'auscultation immédiate*, ou à l'oreille nue, dans le cas particulier pour lequel il a parlé de cette méthode.

Corvisart dit avoir entendu plusieurs fois les battements du cœur, *en écoutant très près de la poitrine.*

Laënnec rapporte aussi qu'à l'époque où il suivait la clinique de Corvisart avec Bayle, celui-ci *appliquait quelquefois l'oreille sur la région précordiale pour étudier les battements du cœur.*

Quoiqu'il en soit de ces remarques, il demeure toujours certain qu'avant Laënnec, l'*auscultation* n'avait pas pris rang parmi les méthodes d'exploration habituellement usitées dans les maladies des organes de la cavité thoracique, et que de l'avénement de ce grand observateur doit dater l'*invention* véritable de cette précieuse méthode.

pulmonum curare ! O QUANTO DIFFICILIUS EOS DIGNOSCERE !

Ce n'est pas ici le lieu de descendre dans tous les détails qui se rattachent à la célèbre *invention* de Laënnec : il nous faudrait un volume pour exposer et discuter tous les signes dont la méthode de l'auscultation a enrichi la séméiotique.

Si Laënnec a fait preuve d'une admirable sagacité dans l'observation des phénomènes fournis par l'auscultation, il n'en a pas été toujours ainsi dans l'interprétation de quelques-uns de ces phénomènes. J'oserai même dire que dans les explications anti-physiques qu'il a proposées sur plusieurs des bruits anormaux du cœur et des artères, on ne reconnaît plus le génie supérieur dont il a fait preuve sous tant d'autres rapports. Mais n'insistons pas trop sur ces erreurs d'un homme qui, après M. Broussais, est incontestablement la plus grande illustration médicale de son époque (1).

---

(1) Tandis que Laënnec s'était constitué l'un des antagonistes les plus décidés de M. Broussais, celui-ci, au contraire, rend une éclatante justice à la découverte de son adversaire. « Je me réjouis sincère-« ment, dit-il, que ces progrès dans la science du diagnostic soient « l'ouvrage d'un médecin français. Il doit sans doute lui en revenir « beaucoup d'estime de la part de tous nos confrères; c'est pour cette rai-« son que je me crois obligé de relever les erreurs qui pourraient se glisser « dans la pratique, sous les auspices d'un nom devenu si recommanda-« ble... . Le nom de Laënnec restera dans la science, et sera toujours « honorable pour sa patrie. Ce qu'il a fait de bon sera mis à profit, et ses « erreurs, qu'on se lassera de lui reprocher, tomberont dans l'oubli. » (*Examen*, t. IV, p. 334, 3e édit.)

Laënnec répondait à cet éloge, en allant jusqu'à insinuer que M. Broussais est un *inspiré* dont toute la gloire consiste à prescrire des sangsues et la diète exténuante : « Je désire, dit-il, ironiquement, que la science « créée par ses INSPIRATIONS dispense les élèves de l'acquisition de celle « que nous ne pouvons leur transmettre qu'autant qu'ils veulent étudier

On voit, avec une véritable douleur, l'illustre Laënnec figurer parmi les hommes qui ne rendirent pas justice à la doctrine dite physiologique en général, et à la doctrine de la localisation des *fièvres essentielles* en particulier. L'opposition que cette doctrine rencontra dans Laënnec est d'autant plus étonnante qu'à une époque antérieure, ainsi que nous l'avons vu, cet auteur avait lui-même attaqué indirectement le système de Pinel, et professé que la *fièvre muqueuse ou pituiteuse est une affection inflammatoire particulière de la membrane muqueuse intestinale.* Cette sorte de contradiction que nous avons déjà signalée précédemment, s'explique assez difficilement de la part d'un auteur qui, à l'époque où il combattait la doctrine pyrétologique de M. Broussais, avait eu tant de fois de nouvelles occasions de rencontrer l'*affection inflammatoire particulière de la membrane muqueuse intetinale* chez les sujets affectés de *fièvres graves* (*fièvres essentielles* de Pinel).

La doctrine de la *localisation* des fièvres aurait dû, je le répète, être accueillie avec éloge par un médecin tel que Laënnec, qui avait cultivé avec tant de succès l'anatomie pathologique, *la seule base des connaissances positives en médecine*, comme il le disait lui-même. Au reste, ce célèbre observateur n'a jamais sérieusement discuté ce point de doctrine. Est-ce effectivement une réfutation sérieuse que la note suivante, qui se trouve à la page 438 du tome 1[er] du *Traité de l'auscultation médiate*? « Les faits et le raison-
« nement s'accordent, dans l'état actuel de la science, pour
« prouver que les lésions du canal intestinal auxquelles
« M. Broussais attribue la cause des fièvres continues,

« et vérifier avec patience les observations des hommes qui sont venus
« avant eux ; enfin que, comme M. Broussais lui-même, ils puissent, à
« l'aide des sangsues et de la diète exténuante, guérir ou prévenir toutes
« les maladies que nous regardons comme incurables. » (*Préf.*, p. xxvj.)

« n'en sont que l'effet : les faits, car la tuméfaction des « cryptes muqueux ou glandes de Peyer, l'inflammation « et l'ulcération de la membrane muqueuse, sont, dans « la plupart des cas, évidemment postérieures, d'après les « symptômes qui les indiquent, à la fièvre, et n'en sont « par conséquent pas plus la cause que l'inflammation de « la peau n'est celle de la petite vérole..... On retrouve « *exactement* les mêmes lésions chez des sujets attaqués « d'une simple diarrhée sans fièvre et on les trouve « même quelquefois assez étendues chez des sujets qui se « croyaient bien portants et qui sont morts par suite « d'accidents. Il n'est pas très rare, en outre, de ne pas « trouver d'ulcères dans les intestins des fiévreux, et de « n'y trouver que des altérations, ou évidemment cada- « vériques, ou si infiniment petites qu'il faut avoir re- « noncé à l'usage de la raison pour leur attribuer une « maladie grave.

« Que si l'on examine la question *à priori*, et par la « voie du raisonnement, il est certain que le trouble fé- « brile est capable par lui-même d'occasioner des con- « gestions, ou plutôt qu'il en occasione nécessairement, « et rien ne prouve que la membrane muqueuse intes- « tinale doive être, plus que la peau qui recouvre la face, « à l'abri de ces congestions. Il serait en quelque sorte « plus rationnel d'attribuer la fièvre à la rougeur des pom- « mettes, car nous avons la certitude qu'elle existe tou- « jours, et à un degré contre nature, dans la fièvre; et « nous n'avons pas la même certitude pour la membrane « interne de l'estomac. »

Non, encore une fois, une pareille réfutation n'est pas sérieuse. Non, un observateur tel que Laënnec n'aurait pas pu soutenir sérieusement qu'on trouve *exactement* les mêmes altérations du tube digestif, et chez des sujets attaqués d'une simple diarrhée sans fièvre, ou qui se croyaient

bien portants, et chez des sujets qui ont succombé à cette fièvre typhoïde qui, selon M. Chomel lui-même, comprend toutes les anciennes fièvres essentielles de Pinel ; non, ce n'est pas sérieusement que Laënnec a pu dire qu'il n'est pas très rare de ne trouver dans les intestins de ceux qui ont succombé à la maladie dont il s'agit, que des altérations, ou évidemment cadavériques, ou si infiniment petites qu'il faudrait avoir renoncé à l'usage de la raison pour leur attribuer une maladie grave ; non, et mille fois non, Laënnec ne parlait pas en homme sérieux, quand il disait qu'il serait en quelque sorte plus rationnel d'attribuer une *fièvre typhoïde* à la rougeur des pommettes qu'aux lésions dont le tube digestif est le siége! Mais, dira-t-on, si Laënnec n'a pas fait, dans la note ci-dessus, une réfutation *sérieuse* de la doctrine de la localisation des *fièvres essentielles*, qu'a-t-il donc voulu faire? Je laisse aux bons esprits, aux jugements droits, le soin de répondre à cette question.

Laënnec ne se contenta pas, d'ailleurs, d'attaquer la doctrine pyrétologique de M. Broussais, il en fit autant des idées de cet illustre observateur relativement au rôle que joue l'inflammation chronique dans le développement de certaines *productions accidentelles*, telles que les tubercules, les squirrhes, les plaques fibreuses, cartilagineuses, osseuses, et dans le zèle qui l'emportait, il alla presque jusqu'à fulminer une loi de proscription contre les théories et les classifications en général (1). Comme je reviendrai, dans

---

(1) « Je ne chercherai point, dit-il, sur les pas de Linnée, de Sauvages, « de Cullen et de Pinel, à diviser les maladies en genres et en espèces, à « la manière des naturalistes ; la nature de la science que nous cultivons « ne permet pas, ce semble, d'espérer la résolution d'un semblable pro- « blème. — Je tenterai encore moins de remonter aux causes des mala- « dies. » (*Auscult. méd.*, t. Ier, p. 133.)

Toutefois, Laënnec veut bien convenir qu'*il est dans la nature de*

la seconde partie de cet Essai, sur la *Philosophie médicale* de Laënnec, je me dispenserai d'en parler ici avec détail. Toutefois, je ne puis m'empêcher de faire remarquer, dès ce moment, que Laënnec, par une de ces contradictions dans lesquelles il n'est malheureusement tombé que trop souvent, ne s'est pas toujours montré bien sobre en matière de théorie et d'explications. Celui qui s'était élevé avec tant de force contre les *êtres de raison*, les *fictions de l'imagination*, les *théories hypothétiques*, les *fantômes de l'opinion*, que les Newton et les Pascal avaient, dit-il, depuis longtemps expulsé du domaine de la physique, ne craint pas ensuite (je suis forcé de le répéter) d'invoquer les hypothèses les plus invraisemblables pour l'explication des phénomènes les plus simples de la *physique pathologique*, tels que les bruits anormaux du cœur et des artères, etc.! N'est-ce pas encore prendre plaisir à se mettre en opposition avec soi-même que d'attribuer à l'inflammation de la plèvre et du péricarde, les plaques fibreuses, cartilagineuses ou même osseuses de ces membranes, et de combattre un peu plus loin, avec une certaine acrimonie, l'opinion de ceux qui rapportent à une inflammation de l'endocarde ou de la membrane interne du cœur, les plaques de même espèce que l'on rencontre si souvent sur cette membrane chez des sujets encore jeunes?

A la p. xxv de sa préface, Laënnec dit : « le but que je me

---

l'homme de chercher à lier entre eux les faits dont l'ensemble constitue une science, que les efforts pour créer de nouvelles théories peuvent être loués comme des AMUSEMENTS DE L'ESPRIT (*Préf.*, p. xxxij). Il termine en disant que les maladies ne peuvent pas être rapportées seulement à deux causes opposées. Que conclure de là? Parce qu'il y a eu de mauvaises classifications, de mauvaises généralisations, faut-il donc renoncer à classer et à généraliser? Ne serait-ce pas là une flagrante violation de cette philosophie des Newton et des Pascal dont Laënnec a si justement fait l'éloge ailleurs?

« suis constamment proposé dans mes études et recherches « a été : 1° de distinguer sur le cadavre un cas pathologi- « que, aux caractères *physiques* que présente l'altération « des organes ; 2° de le reconnaître sur le vivant, à des *si-* « *gnes* certains, et autant que possible physiques...» Et à la p. xxxiv, il dit qu'il *examinera les affections qui peuvent exister sans aucune altération appréciable de structure.* Si le but de Laënnec a été *constamment*, d'une part, de distinguer sur le cadavre un cas pathologique aux caractères physiques que présente l'altération des organes, et de le reconnaître sur le vivant à des signes physiques, on demande comment il a pu suivre cette méthode à l'égard des affections sans altération appréciable de structure. On demande comment Laënnec a pu apprécier pleinement et exactement les maladies *vitales*, en ne tenant compte que des caractères *physiques* de l'altération des organes après la mort, et en négligeant pendant la vie les *symptômes*, c'est-à-dire le trouble variable des actions vitales ? (*Préf.*, page xxv).

Si Laënnec a jugé à travers l'aveuglement de la passion, la nouvelle doctrine médicale sous le point de vue purement théorique, il ne s'est pas comporté autrement quand il s'est agi d'en apprécier la valeur pratique. Il dit, par exemple, que *si M. Broussais eût pris la peine de tenir note de ses succès et de ses revers, il n'eut pas avancé que sa pratique fût plus heureuse que celle d'un autre, puisqu'on lui a prouvé par les registres du Val-de-Grâce, que pendant cinq années consécutives, il a constamment perdu plus de malades que tous ses confrères, médecins du même hôpital.* Si Laënnec eut été tout-à-fait libre d'esprit de parti, il aurait su que l'article de la *Revue médicale* dans laquelle il a puisé l'assertion ci-dessus, a été refuté de la manière la plus victorieuse par M. le docteur Roche, et il n'aurait pas partagé la responsabilité de la

grave erreur de l'auteur de l'article en question. Enfin, Laënnec était-il entièrement impartial et juste, quand il donnait à entendre que si, depuis l'époque à laquelle l'influence de la pratique de M. Broussais et de ses disciples a pu commencer à se faire sentir, la mortalité a augmenté à Paris, c'est à cette circonstance qu'il faut s'en prendre. (*Voy.* la note de la page 707 du tome Ier de l'*Auscult. méd.*; 2e édition.)

Mais ç'en est trop sur les hérésies et les contradictions de Laënnec ainsi que sur ses malheureuses querelles avec M. Broussais.

Quelque évidente que fût son utilité, la méthode d'exploration inventée par Laënnec trouva néanmoins, à son origine, certains détracteurs, et elle eut même l'honneur d'être tournée en ridicule. Cependant, elle ne tarda pas à être généralement adoptée par tous les vrais observateurs, et l'on sait que quelques-uns d'entre eux ont été assez heureux pour découvrir plusieurs phénomènes qui s'étaient dérobés à la profonde perspicacité de son célèbre inventeur. Nous reproduirons ici la piquante réponse qu'il a faite à quelques observations critiques qui lui étaient adressées.

« Il est, dit-il, des espèces d'observations critiques dont je « ne dirai que peu de mots; ce sont celles de quelques mé- « decins qui, après de très légers essais, ont dit qu'ils « n'avaient pas pu reconnaître tel ou tel signe stéthosco- « pique, qu'ils n'ont pas trouvé la *pectoriloquie* même « dans les cas où le poumon était fortement excavé, qu'ils « l'ont trouvée dans d'autres cas où le poumon était tout- « à-fait sain, etc.

« Il est facile de répondre à ces sortes d'objections. Si « tel médecin, qui ne s'est jamais sérieusement occupé de « chirurgie, voulait à quarante ans se mettre à faire des « opérations de la taille sans préparation et sans conseil

« d'aucun chirurgien exercé, il pourrait lui arriver de « tailler des gens qui n'ont pas la pierre, de ne pas trouver « la pierre où elle existe, de ne pouvoir pas même faire pé- « nétrer le cathéter dans la vessie, etc., surtout s'il opérait « avec le désir de trouver la chose impraticable, comme le « semblent avoir fait la plupart des observateurs dont je » viens de parler. Il y a d'ailleurs des sourds, et il n'en « existe pas de pires que ceux qui ne veulent pas en- « tendre.

« On ne peut considérer les objections de cette sorte que « comme des témoignages contre l'existence d'un fait. Or, « quand il s'agit de constater un fait, on regarde, d'une « part, au nombre, et de l'autre, à la qualité des témoins. « Les témoignages dont je viens de parler sont ceux de « cinq ou six médecins, qui, presque tous ont donné leur « avis avant de s'être exercés huit jours aux observations « stéthoscopiques (1). A leur témoignage je puis opposer « ceux de la plupart de mes confrères, médecins des hôpi- « taux de Paris, ceux d'un grand nombre d'autres méde- « cins et de professeurs de facultés de médecine nationales « et étrangères, que je sais être parvenus seuls à vérifier « la plupart des signes contenus dans mon ouvrage, ceux « enfin de mes élèves et de plus de trois cents jeunes mé- « decins de toutes les nations de l'Europe, qui sont venus, « depuis quelques années, s'exercer sous mes yeux aux « observations stéthoscopiques. »

---

(1) Ce n'est pas seulement en matière d'auscultation, que bien des gens s'arrogent le droit de juger des questions pour la solution desquelles ils sont profondément incompétents. Rien n'est plus déplorable que de voir ainsi le premier venu trancher des problèmes d'expérience et d'observation, sans avoir pris la peine de voir, d'observer, d'expérimenter. Quand cela finira-t-il? Dieu le sait.

ARTICLE VI.

Quelques mots sur l'état de la Médecine de nos jours.

Nous venons de voir comment, faible et presque imperceptible à son origine, le fleuve de la médecine s'était incessamment élargi et approfondi, par le tribut que chaque génération médicale lui apportait. Avant de jeter un coup d'œil sur les lois qui ont présidé pour ainsi dire à cette évolution de la science, qui ont régi les divers progrès qu'elle a faits, il nous reste à dire quel est son état présent et ce qu'il nous présage pour l'avenir.

En terminant son *Examen des doctrines*, publié en 1816, M. Broussais disait : « *Je n'ai point la prétention* « *d'offrir un travail parfait ; j'entrevois facilement qu'on* « *ira beaucoup plus loin que je ne puis aller dans la déter-* « *mination des symptômes qui caractérisent la lésion de* « *chacun de nos tissus primitifs; et je verrai avec une vive* « *satisfaction se perfectionner une méthode pour l'adop-* « *tion de laquelle je ne cesse de faire des vœux depuis* « *que je suis initié dans le sanctuaire du dieu d'Épi-* « *daure.* »

Cette prédiction s'est heureusement accomplie, et sous plusieurs rapports, la science de l'homme malade, en dépit de tous les nouveaux obstacles qu'elle a rencontrés sur son passage, a poursuivi le cours de ses progrès.

Le champ de la pathologie a été remué, sillonné, exploité dans tous les sens.

Des monographies ont été publiées sur presque toutes les parties de la médecine. Or, comme l'a dit notre savant collègue et ami, M. le professeur Lallemand : « Les mono- « graphies sont comme les défrichements partiels d'un » terrain immense et aride qu'on met successivement en « culture; elles fécondent peu-à-peu les différentes par-

« ties du vaste domaine de la médecine, elles en facilitent « l'étude (1). »

M. Lallemand est lui-même auteur d'une des plus remarquables Monographies qui aient paru dans ces derniers temps ; et ce n'est qu'être juste à son égard en déclarant que l'art d'analyser les faits particuliers, de les considérer sous tous leurs points de vue, doit beaucoup à ce profond observateur.

Un des caractères les plus saillants de notre époque, c'est d'avoir, en effet, singulièrement perfectionné et l'art de recueillir chaque cas en particulier et l'art de faire en quelque sorte la *statistique* des observations recueillies en nombre plus ou moins considérable Je me borne à signaler ce dernier point sur lequel je serai obligé de revenir dans la seconde partie de cet Essai ; alors, je le traiterai avec tous les développements que réclame son importance.

Quoi qu'il en soit, grâce à toutes les améliorations des méthodes d'observation déjà connues et à l'acquisition de nouvelles méthodes, les diverses branches de la pathologie ont été cultivées de nos jours avec une précision, une exactitude, jusques-là inconnues. C'est ainsi que la médecine s'est définitivement constituée sur les mêmes bases que les autres sciences physiques, et qu'elle aura droit désormais à figurer parmi les sciences exactes, après avoir été si longtemps considérée comme un *art purement conjectural*.

Le diagnostic des maladies des centres nerveux, des organes de la respiration, de la circulation, de la digestion, des sécrétions, est arrivé à un degré de certitude vraiment admirable. Des maladies qui naguère étaient mé-

---

(1) *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances.* (*Préf.*, p. xij.)

connues dans l'immense majorité des cas, sont diagnostiquées aujourd'hui avec une facilité qui ne le cède souvent en rien à celle avec laquelle on reconnaît, pour me servir de la comparaison de Laënnec, les maladies chirurgicales les plus simples, les fractures, les luxations, les abcès, les calculs, par exemple. Comme quelques-unes de ces maladies sont accompagnées, à leur état aigu, d'un mouvement fébrile plus ou moins intense, certains médecins s'en étaient autorisés pour réhabiliter la doctrine de l'*essentialité* des fièvres. Les connaissances que nous avons acquises sur la phlébite, l'artérite, l'endocardite (1) et sur quelques autres phlegmasies aiguës, ont réduit à leur juste valeur les arguments des *essentialistes* les plus intrépides, qui, on peut le dire, ont été vaincus jusque dans leurs derniers retranchements.

Les progrès introduits dans les doctrines médicales ont heureusement *reflué* sur la pratique. De nouvelles indications ont été fournies par la détermination d'éléments morbides nouveaux, et chaque jour, il faut l'espérer, les vrais observateurs, les praticiens consciencieux mettront à contribution les données des saines théories, les lumières des bonnes explications.

Il n'est pas jusqu'à la vieille méthode des émissions sanguines, qui n'ait reçu de notables perfectionnements. Il ne suffisait pas d'avoir démontré la nécessité de leur emploi dans des cas où jusques-là des moyens différents et

(1) J'ai fait voir, dans le *Traité clinique des Maladies du cœur* et dans les *Recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*, combien était fréquente cette dernière maladie, qui jusqu'alors avait à peine été soupçonnée. Cette découverte a, j'oserai le dire, répandu un jour inattendu sur le point de départ de cette prétendue *fièvre essentielle*, qui survit assez souvent à la disparition de certains rhumatismes articulaires aigus, ainsi que sur les *maladies organiques du cœur*, qu'il n'est malheureusement pas rare de rencontrer chez les sujets autrefois affectés de rhumatisme articulaire.

même opposés avaient été mis en usage, il fallait encore les *formuler*, les *doser*, pour ainsi dire, d'une manière plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, et l'auteur de cet Essai n'a rien négligé pour concourir autant qu'il était en lui, à la résolution de ce difficile et important problème. Les résultats qu'il a obtenus de la formule qu'il a proposée, permettent d'espérer que dans plusieurs phlegmasies aiguës, la mortalité diminuera de moitié au moins.

Je regrette de ne pouvoir m'occuper plus longtemps de l'objet du présent article : j'aurais saisi, avec empressement, cette occasion de rendre justice à tous ceux de nos contemporains qui ont pris part au mouvement progressif que nous signalons. Les lecteurs trouveront dans la dernière édition de l'*Examen des doctrines*, l'analyse des travaux publiés depuis que l'illustre auteur de cet ouvrage a réformé les doctrines qui régnaient avant lui. On y verra que toutes les productions dont il s'agit attestent la grandeur de cette réforme, soit que leurs auteurs la soutiennent, soit qu'ils la combattent, soit qu'ils gardent une prudente neutralité.

Quelque soit l'état de splendeur que la médecine ait atteint de nos jours, il s'écoulera bien des siècles encore avant qu'elle ne soit parvenue à toute la perfection dont elle est susceptible. Nous ne connaissons que les éléments les plus grossiers d'une foule de maladies, et ce n'est que par une application bien entendue de la physique et de la chimie que nous pourrons parvenir un jour à en savoir davantage sur leur nature intime. L'étude des nombreuses altérations du sang et des autres liquides n'est guère encore qu'ébauchée. Que savons-nous aussi sur les diverses maladies qui paraissent avoir pour principe une simple modification dans les conditions *dynamiques* de l'appareil de l'innervation ?

La matière pour de nouvelles découvertes ne manquera

donc pas à la génération médicale qui s'élève. A son tour, elle est appelée à changer la face de la science, et pour accomplir cette mission, elle n'a besoin que de se conformer à la saine philosophie généralement adoptée dans les sciences physiques, et dont nous exposerons les principes dans la seconde partie de cet *Essai* (1).

ARTICLE VII.

Réflexions finales sur l'esprit des principales révolutions médicales précédemment exposées.

Un des plus beaux spectacles pour le médecin méditateur, c'est assurément de contempler comment la médecine, à travers des obstacles sans cesse renaissants, poursuit le grand œuvre de son évolution. Comparez l'état actuel de cette science avec celui qu'elle présentait sous Hippocrate : quelle immense différence ! On dirait un palais magnifique à côté d'une cabane, un ruisseau à côté de l'océan. Cependant, il est douteux qu'il ait paru, depuis le divin vieillard jusqu'à nous, un médecin doué d'aussi hautes facultés que lui. A quoi tient donc la différence que nous indiquons ? A la loi du progrès. A cette loi en vertu de laquelle les hommes de génie et de travail des diverses générations, apportent au trésor de la science, leur contingent de faits et de théories. Or, la *pyramide*

(1) Une époque de *déplorable* mémoire avait exercé sur la médecine comme sur tant d'autres choses une funeste influence. Depuis que la révolution de juillet a fait justice des hommes qui s'étaient mis à la tête d'une contre-révolution médicale, les saines doctrines ont trouvé de nouvelles tribunes et leurs défenseurs ont enfin été plus librement entendus. Aussi l'étoile des ennemis du progrès pâlit-elle de jour en jour d'avantage. Ce n'est pas que quelques-uns de ceux-ci ne réagissent encore, avec quelque succès, contre les vérités de la réforme médicale de 1816, et contre d'autres vérités plus récemment écloses ; mais la nouvelle génération et Dieu aidant, le génie du progrès fera bientôt rentrer dans le devoir ce qui reste de l'école que nous signalons.

scientifique, pour parler comme Bacon, s'élève en proportion du nombre des générations qui en ont fourni les matériaux, et son arrangement se perfectionne à mesure que le génie découvrant de nouveaux rapports entre ces divers matériaux, d'abord entassés pêle-mêle, donne à chacun d'eux la place qui lui convient.

Privée du flambeau de l'autopsie cadavérique, la médecine ancienne ne connaît des maladies que leur ombre, leur fantôme pour ainsi dire : le corps même des maladies lui échappe. Que sait-elle, en effet, de ces lésions des viscères aujourd'hui si bien décrites sous leurs rapports physiques? elle les soupçonne à peine ; et comme, dans l'état aigu surtout, elles se réfléchissent en quelque sorte à l'extérieur par un mouvement commun connu sous le nom de *fièvre*, c'est la fièvre qui est l'objet spécial de la médecine. Aussi ce mot devient presque synonyme de maladie, bien qu'il existe une foule de lésions qui ne sont pas accompagnées de l'état fébrile. Pour distinguer entre elles les nombreuses maladies qui ont pour caractère commun le trouble fébrile, on se sert de quelques phénomènes extérieurs, tels que la douleur de telle ou telle région du corps, les modifications dans la température de ce même corps, dans l'odeur qu'il exhale, l'état des forces, etc.

La partie théorique de la médecine consiste dans l'application de quelques grossières idées de physiologie, tirées pour la plupart de l'application de connaissances physiques non moins grossières.

La thérapeutique réduite à son dernier degré de simplicité sous Hippocrate, se complique sous Galien et ses successeurs, mais reste plongée dans un état de vague et d'incertitude, dont elle ne pouvait sortir qu'à la faveur des lumières que le temps répandrait sur le siége et la nature des maladies. Jusques-là, le médecin invoque surtout la puissance médicatrice de la nature.

Telle est la route dans laquelle la médecine fut condamnée à se traîner, jusqu'à l'époque où la culture de l'anatomie et de la physiologie normales et anormales en changea complétement la face. A cette époque, commence pour la médecine une ère et grande et magnifique. Le cachet *d'ontologie* dont elle était empreinte, comme la plupart des autres sciences naturelles, s'efface peu à peu, et les organes malades sont enfin étudiés. Toutefois, on voit éclater les fameuses disputes sur le *vitalisme* et le *mécanisme* ou l'anatomisme, comme surgissaient ailleurs les querelles plus fameuses encore sur le *spiritualisme* et le *matérialisme*. Bichat lui-même, cédant au mouvement exagéré de vitalisme que Stahl avait imprimé à la médecine, méconnaît l'importance de l'application des sciences physico-chimiques à la médecine. Toutefois, il se trompe en homme de génie, et marchant sur les traces de Newton plutôt que sur celles de Stahl, il analyse les phénomènes de la vie, les groupe et les classe d'une manière infiniment plus simple et plus lumineuse qu'on n'avait fait avant lui.

Cependant, plus les sciences physiques et chimiques proprement dites s'étendent et se perfectionnent, et mieux on entrevoit les rapports qui existent entre elles et certaines parties de la physiologie. Une application plus heureuse en est faite à cette science ; la méthode expérimentale la guide, la conduit, et elle revêt une forme exacte et positive. La médecine qui, comme tout le monde le reconnaît aujourd'hui, n'est que la *physiologie* de l'homme malade, prend le nom de médecine *physiologique* ou *organique*, et cette dénomination, bien que superflue peut-être, signifie au moins que jamais l'alliance entre la médecine et la physiologie(je comprends ici sous ce nom seul l'anatomie et la physiologie proprement dites) n'avait été aussi intime et aussi féconde. Cette heureuse fraternité entre la médecine et la physiologie, la fraternité non moins heureuse entre

cette double branche d'une seule et même science et les sciences physiques, voilà ce qui caractérise vraiment notre époque et ce qui sera pour elle un de ses plus beaux titres de gloire.

Est-ce à dire pour cela que l'époque est matérialiste, que le vitalisme est exclu du domaine de la science de l'homme ? Non, certes : ce sont là de vaines et misérables déclamations qui ne méritent guère qu'on s'en occupe. De ce qu'on tient un compte sérieux des conditions physiques, mécaniques et chimiques de l'économie, il ne s'en suit pas qu'on doive négliger, ni qu'on néglige effectivement les conditions vitales proprement dites ? Et, d'ailleurs, même en physique, en mécanique et en chimie, néglige-t-on les conditions dynamiques ? Que si les conditions dont il s'agit ne suffisent pas pour concevoir et expliquer tous les phénomènes des corps vivants en général et des animaux en particulier, il faut bien en admettre d'autres, mais en se conformant au sage précepte de Newton, savoir de ne pas multiplier les forces au-delà de la stricte nécessité. Assurément, les phénomènes de sensation, de volonté, d'intelligence, sont des actes sur-ajoutés qui distinguent les animaux de tous les autres êtres, et les forces qui les régissent méritent une étude spéciale. Mais n'oublions pas que ces phénomènes eux-mêmes se passent dans un appareil anatomique, dans le grand système nerveux, et que, quelle que soit la condition *dynamico-vitale* dont il puisse être animé, il est incontestable que les phénomènes merveilleux de la *vie sur-ajoutée* qu'il possède, ne sont pas indépendants des diverses conditions physiques que ce système nous présente. Maintenant, laissons de côté les questions de la métaphysique, et revenons à des choses plus claires.

On le voit, depuis le commencement de l'ère anatomique de la médecine, on a incessamment travaillé à la localisation des maladies. A mesure qu'on en localisait ainsi de

plus en plus, on voyait diminuer nécessairement le nombre de celles qu'on avait désignées sous le nom d'*essentielles* : plusieurs asthmes *essentiels*, des hydropisies du même nom, etc., etc., par exemple, rentraient chaque jour dans le vaste domaine des maladies dites organiques. Les fièvres *essentielles* furent les plus rebelles ; mais enfin, comme nous l'avons vu, elles ont cédé elles-mêmes au mouvement *localisateur*.

Sans doute, il reste encore beaucoup à faire pour achever ce qui a été commencé avec tant de succès, mais l'esprit humain n'a besoin que de temps pour y réussir, et le temps n'a point de limites.

ARTICLE VIII.

Quelques considérations sur les *lois* et les conditions du progrès en général.

En médecine, comme dans les autres *sciences d'observation* et d'expérimentation, le progrès est donc un *fait-principe*, une vérité évidente par elle-même, un *axiôme*. La raison ou la cause *première* du progrès, c'est-à-dire de l'évolution des sciences, ne saurait être mise en question. A ceux qui la demanderaient, on se bornerait à répondre que le *progrès porte en lui-même sa raison d'être, qu'il est parce qu'il est*. Mais quelles sont les lois *secondes* du progrès ? En voici quelques-unes.

Ire *Loi*. La première condition du progrès, c'est le génie fécondé par le travail. Quiconque n'est pas doué du génie de l'observation, ne découvrira jamais de nouveaux faits; quiconque n'est pas doué du génie philosophique, ne trouvera point de *rapports* entre les faits, ne les *généralisera* point avec justesse, ne les systématisera point avec méthode. Nous avons fait entrer le travail et le temps dans la première condition du progrès. En effet, sans un long travail, à quoi servirait le génie dans une science d'observation telle que la médecine ? Cet élément est si important

qu'on a vu des hommes d'un génie médiocre, mais d'une activivité et d'une persévérance de travail infatigables, surpasser d'autres hommes, beaucoup plus favorisés sous le rapport du génie, mais peu travailleurs. Le progrès est donc en raison composée du travail et du génie. Il suit clairement de là que pour devenir un grand inventeur, il faut savoir borner le champ de ses travaux. En effet, le temps manquerait à celui qui voudrait se livrer à des recherches suffisantes pour faire des découvertes en tout genre, en supposant qu'il possédât tous les genres d'aptitude. Il en est de l'esprit, comme de la lumière : en s'éparpillant sur une surface trop étendue, il l'éclaire mal ; c'est en concentrant ses rayons qu'il illumine les objets.

IIe *Loi*. Le progrès est de tous les temps et de tous les lieux: cependant, il n'est pas égal dans tous les temps ni dans tous les lieux. L'esprit humain semble affecter, quelquefois du moins, une marche intermittente. Il est des époques où il se repose, et se borne pour ainsi dire à *marquer le pas*. Néanmoins, le repos absolu de l'esprit est un état contre nature et vraiment exceptionnel. Les grands progrès, ceux qui constituent de véritables révolutions, ne s'opèrent qu'à des intervalles plus ou moins longs et qui échappent à un calcul rigoureux. Les intervalles qui séparent ces espèces d'ères scientifiques sont ordinairement remplis par des progrès de second ordre.

IIIe *Loi*. Il y a deux choses principales à considérer dans tout progrès, savoir : 1° la production, l'enfantement même de la vérité ; 2° sa propagation, sa *popularisation*. Or, un temps souvent très long s'écoule entre l'époque de l'émission du progrès et celle de son *adoption générale*. C'est même une étude bien importante que celle des circonstances qui ont favorisé ou retardé l'adoption des réformes scientifiques accomplies jusqu'ici. En effet, ces circonstances étant bien connues et pour ainsi dire formu-

lées, on pourrait appliquer avec avantage cette sorte de théorie aux progrès futurs.

IV[e] *Loi.* Une des plus tristes lois que doive subir tout progrès, c'est une *opposition,* une *résistance* plus ou moins violente, à quelques exceptions près, qui, bien interprétées, confirment la règle au lieu de la détruire. Toute réforme, toute révolution scientifique ne s'est réellement *accomplie* qu'après avoir reçu la *consécration*, le *baptême* dont il s'agit. Non, il n'est permis à personne d'inventer impunément quelque grande vérité, surtout quand cette vérité est en opposition avec les idées généralement reçues et enseignées par les hommes qui occupent de hautes positions. Il faut donc du courage, du dévouement pour promulguer les nouvelles doctrines, et il n'en faut guère moins pour s'en constituer le défenseur.

Partout nous voyons l'esprit humain poursuivre le cours de ses précieuses conquêtes, en luttant, avec effort, contre les doctrines du passé, qui furent autrefois elles-mêmes de véritables révolutions et traitées comme telles. Mais que les inventeurs du vrai et leurs soutiens ne se déconcertent pas; le temps et la raison étant pour ainsi dire de leur parti, la victoire doit nécessairement couronner tôt ou tard leurs généreux efforts. Du moment où quelque vérité nouvelle a fait son apparition dans le monde, il n'est donné à nulle puissance humaine de l'anéantir : on ne peut qu'en retarder le triomphe.

Plus la réforme est grande, profonde, fondamentale, plus les intérêts et les opinions qu'elle choque sont nombreux, plus aussi l'*opposition* qu'elle rencontre est grande elle-même. Voilà pourquoi de toutes les réformes, de toutes les révolutions, les plus terribles, les plus sanglantes, toutes choses d'ailleurs égales, sont ces révolutions politiques et religieuses qui touchent en quelque sorte la masse entière des hommes.

Il n'est pas de mon objet de dire ici comment se modifie, suivant les temps et les lieux, l'opposition aux nouvelles idées, aux nouvelles découvertes, aux nouvelles doctrines, aux nouveaux systèmes. Il me suffit d'avoir énoncé la loi et de pouvoir présenter à son appui, toutes les réformes jusqu'ici opérées (et je ne parle bien entendu que des réformes reconnues généralement plus tard comme conformes à la saine expérience et à la saine raison). On sait, par exemple, quelle fût la destinée des Christophe Colomb, des Galilée, des Harvey, etc. Des inventeurs et des réformateurs plus voisins de nous ont eu, à des différences de degré près, le même sort. Tous parlent à peu près le même langage et déclarent, dans leurs écrits, qu'ils recueilleront pour fruit de leurs découvertes et pour prix de leurs services, une moisson plus ou moins ample de haine, de calomnie et de persécution. Voici d'abord les paroles du sage Sydenham : « *Quâ in re licet satis advertam me supinis atque ignorantibus fructum omnem eorum, quos per meliores vitæ annos corpore animoque exantlavi laborum expositurum, malum pessimi hujus sæculi genium satis habeo perspectum, ut non aliam ex hac semente, quàm convitiorum atque contumeliarum messem expectem.* »

L'auteur de la *nouvelle* découverte de la *percussion*, connaisait bien aussi la loi que nous signalons quand il écrivit ce qui suit : *enim vero invidiæ, livoris, odii, obtrectationis et ipsarum calumniarum socii, numquam defuerunt viris illis, qui scientias et artes suis inventis aut illustrarunt aut perfecerunt* (Avenbrugger ; *novum inventum*, etc., *præfat.*)

L'auteur de l'*Examen des doctrines* exprime la même idée dans les termes suivants : « Je sais que je blesse bien « des amours-propres, et que le motif d'être utile à mes « semblables ne me servira point d'excuse auprès de « bien des gens.... On s'indignera, on cherchera à m'hu-

« milier; j'ai tout prévu; rien ne m'arrête. Puis-je ignorer « que tous les hommes qui ont voulu éclairer leurs con- « citoyens ont été cruellement persécutés, et que les décou- « vertes les plus utiles ont excité les murmures de la multi- « tude irréfléchie? Harvey passa pour fou quand il annonça « la découverte de la circulation; l'inoculation fut solennel- « lement prohibée, et la vaccine, malgré tous ses bienfaits, « trouve encore aujourd'hui de violents antagonistes.

« Je ne me flatte point d'échapper au sort commun; « peut être, verrai-je au nombre de mes persécuteurs des « hommes que j'estime, et qui m'ont honoré de leur con- « fiance et de leur protection. J'y serai très sensible, « mais je sacrifie tout au désir d'être utile. »

A l'occasion de la réforme qu'il s'est proposé de faire subir à la physiologie, M. Magendie a dit : « Je ne me suis « point abusé sur les difficultés que j'avais à vaincre, je « les connaissais; elles tiennent à la nature de l'homme et « sont aussi des phénomènes physiologiques. De nom- « breux préjugés sur l'isolement où la physiologie doit, « dit-on, se tenir des sciences exactes; une répugnance « extrême pour les expériences faites sur les animaux « vivants; la prétendue impossibilité d'en appliquer les « déductions à l'homme; l'ignorance à peu près absolue « de la manière de procéder pour trouver la réalité; « l'attachement aux anciennes idées, toujours protégées « par l'insouciance et la paresse; l'espèce de passion te- « nace que les hommes mettent à conserver leurs er- « reurs, etc., voilà une partie des obstacles qu'il fallait « surmonter. Ils étaient grands sans doute; mais, cer- « tain d'être dans la bonne voie, et comptant sur l'in- « fluence douce, mais constante, de la vérité, je n'ai point « douté et je ne doute point encore du succès pour un « temps qui, je l'espère, n'est pas éloigné. »

On sait quels obstacles ont été opposés à la doctrine de

Gall, et, combien il lui a fallu de persévérance pour les surmonter : « L'amour de la vérité et la conviction de la « pureté de mes vœux peuvent seuls, dit-il, m'inspirer « à chaque pas la confiance et la hardiesse nécessaires. « Quand on a découvert par l'expérience une série de « vérités irrésistibles, on cherche avec courage tous les « doutes et toutes les objections possibles. Plus les nou- « velles vues sont grandes, plus la nouvelle doctrine tou- « che de près aux affections et aux intérêts des hommes, « plus aussi l'auteur doit mettre de soin à éviter toute « espèce d'assertion arbitraire et téméraire ; mais du « moment qu'il annonce des vérités, il doit être assuré « d'*avance* qu'il ne peut produire que du bien. Rien ne « résiste à la puissance de la vérité. Or, si la vérité reste, « et que des écrivains publics, ou même des gouverne- « ments y attachent des conséquences pernicieuses, qui « est-ce qui fait le mal ? »

Il est donc bien certain, encore une fois, que le monstre de la persécution, véritable protée habile à revêtir toutes les formes, livre une guerre éternelle à l'esprit de progrès et de réforme, sans pouvoir toutefois en triompher. Qu'il me soit permis de rapporter ici cette strophe où l'auteur de l'ode à J.-B. Rousseau a donné une magnifique image de l'espèce de guerre dont il s'agit.

Le Nil a vu sur ses rivages,
Les noirs habitants des déserts,
Insulter par leurs cris sauvages
L'astre éclatant de l'univers.
Cris impuissants ! Fureurs bizarres !
Tandis que ces monstres barbares
Poussaient d'insolentes clameurs,
Le dieu poursuivant sa carrière,
Versait des torrents de lumière
Sur ses obscurs blasphémateurs.

Cette persécution de la vérité n'aboutit, en dernière

analyse, qu'à donner plus d'énergie à son explosion. En effet, il en est de la vérité comme de la poudre à canon, qui éclate et tonne avec d'autant plus de violence qu'elle a été plus fortement comprimée.

Ve *Loi.* Parmi les circonstances extérieures qui favorisent le plus puissamment l'émission et la propagation des vérités nouvelles, il faut placer le règne d'un gouvernement libéral, et partant l'émancipation de la presse et de l'enseignement. On conçoit, en effet, que sous l'empire d'institutions qui tendraient à l'obscurantisme et qui bâillonneraient en quelque sorte la presse et l'enseignement, les intelligences resteraient pour la plupart oisives, et que les produits de celles qui auraient assez d'audace pour braver les obstacles pourraient être en quelque sorte saisis et confisqués au moment même de leur apparition. Un tel état de violence chez nous, est heureusement impossible aujourd'hui, en ce qui concerne la médecine proprement dite, objet spécial de nos réflexions. Toutefois, le temps n'est pas loin de nous où l'on ne professait pas impunément telle ou telle doctrine médicale, et, sans doute, on n'a pas perdu la mémoire des obstacles qui, depuis la catastrophe de la Faculté de médecine, en 1823, furent élevés contre l'enseignement médical. L'institution de l'agrégation telle qu'elle était alors, avait pour but principal de concentrer le monopole de l'enseignement sur un certain nombre d'hommes plus ou moins imbus de doctrines anti-progressives. Pour être admis au rang des personnes ayant droit de faire des cours, il fallait, ainsi que je l'ai dit dans une autre occasion, passer sous les fourches caudines de cette agrégation. Or, on sait quels étaient les hommes qui nommaient alors les agrégés par ordonnance, et qui s'étaient réservé la majorité dans les jurys du concours pour l'agrégation. A Dieu ne plaise que je veuille récriminer ici contre une époque qui n'est plus et contre des hommes déchus! Mais

il est de toute certitude que le règne des hommes qui désorganisèrent à leur profit l'ancienne Faculté de médecine, nuisit au progrès d'une doctrine éminemment utile, et qu'il nous reste encore en ce moment des vestiges de la vicieuse direction qu'on avait imprimée à la science et à son enseignement.

Encore une fois, paix et non malheur aux vaincus! Nous ne faisons ici que chercher des principes; nous nous adressons à la philosophie et nous lui demandons, sans rancune et sans passion, ce qu'elle nous enseigne sur les principales lois du progrès. Or, il n'est aucun esprit impartial, aucune conscience juste, qui ne reconnaisse avec nous que les chaînes qui pèsent sur la pensée scientifique, sur son émission par la presse et l'enseignement, pèsent en même temps sur le progrès; et comme, de l'aveu de tout le monde, l'époque dont nous venons de parler avait forgé de pareilles chaînes, tout ce qui vient d'être dit contre elle est suffisamment justifié. C'est pourquoi, en même temps qu'elle rendit leurs chaires aux professeurs que l'ordonnance de 1823 avait injustement destitués, la libérale et glorieuse révolution de juillet supprima le monopole de l'enseignement accordé à l'agrégation, et rétablit la liberté des amphithéâtres particuliers.

Je n'insisterai pas plus longtemps sur les questions qui se rattachent à la philosophie du progrès: il me suffit d'avoir fixé l'attention des lecteurs sur ce sujet important. J'aurai rempli mon but, si je leur en ai montré les principaux points de vue. Par ce qui précède, ils comprendront que s'il ne faut pas adopter, sans examen, et pour ainsi dire les yeux fermés, les doctrines nouvelles, il serait bien moins sage encore de s'en constituer le détracteur *officieux*, puisque, je le répète, les progrès dont la science s'énorgueillit le plus aujourd'hui ont constamment été combattus et repoussés à leur origine.

Il y a souvent de l'exagération et chez les partisans du progrès et chez ses antagonistes : *iliacos intrà muros peccatur et extra*. Alors, mais alors seulement, doit s'élever et intervenir entre les deux partis rivaux, ce troisième parti connu sous les noms divers de parti des *modérés*, des *conciliateurs*, des *éclectiques*, etc. La méthode des *compromis* ou des *transactions* en matière de réformes scientifiques a donc parfois sa légitimité. Malheureusement, elle est d'une application difficile, et trop souvent, le contre-poids des conciliateurs a fait pencher la balance du mauvais côté. Que de prétendus *éclectiques* n'ont, d'ailleurs, que le masque de la qualité dont ils se vantent, et n'usurpent un pareil titre que pour être injustes envers les plus purs soutiens de la vérité !

Mais, dira-t-on, comment, parmi les doctrines nouvelles qui surgissent à chaque epoque, distinguer celles qui sont vraies, utiles, de celles qui sont fausses, nuisibles ? comment séparer de la fausse monnaie de l'erreur l'or pur de la vérité? On trouvera la solution de cette question dans la seconde partie de cet *Essai*.

SECONDE SECTION.

COUP-D'OEIL RAPIDE SUR L'HISTOIRE DES INSTITUTIONS RELATIVES A L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DE LA MÉDECINE.

Les véritables institutions cliniques, si utiles aux progrès de la médecine, sont d'une origine presque toute récente. Il y a bien loin, en effet, des institutions de ce genre, qui supposent nécessairement l'établissement préliminaire des hôpitaux, à cet enseignement clinique des premiers âges de la médecine, lequel consistait en ce que quelques médecins se faisaient accompagner d'un certain nombre

d'élèves (1) chez leurs malades, et leur inculquaient ainsi les principes de la science et les préceptes de l'art.

Pendant le long espace de temps qui sépare le règne d'Hippocrate de celui des médecins Arabes, on chercherait vainement quelque trace d'une institution clinique proprement dite. Mais parmi ces derniers, il en est plusieurs qui paraissent avoir pratiqué et enseigné la médecine dans les grands hôpitaux, fondés par les mahométans d'Asie et d'Espagne. C'est là qu'ils puisèrent particulièrement les connaissances qu'ils nous ont laissées sur quelques maladies, et spécialement sur les phlegmasies éruptives et contagieuses, telles que la variole et la rougeole.

Pendant qu'en Orient, la médecine essayait ainsi, avec peu de succès il est vrai, de s'ouvrir de nouvelles sources de lumières, en Occident elle se traînait honteusement dans les sentiers de la routine et de la barbarie. A l'époque même de la renaissance des lettres en Europe, dans les XIVe et XVe siècles, c'était en lisant et en commentant les auteurs Arabes, eux-mêmes pour la plupart copistes presque serviles des Grecs, qu'on enseignait, en général, la médecine aux élèves. Sans doute, les professeurs ne pouvaient ignorer combien il eut été préférable de remonter à la nature elle-même, c'est-à-dire à l'observation et à l'expérience directes. Mais dans ces temps d'une civilisation encore grossière, il n'existait aucune institution où cette dernière méthode pût être mise en pratique. Et cependant depuis longtemps déjà l'Europe possédait des hôpitaux !

---

(1) C'est par exagération que dans une épigramme latine bien connue, le nombre de ces élèves est porté à cent pour le médecin Symmaque (*centum comitatus alumnis*), lesquels après avoir tâté de leurs *mains froides* le patient, lui donnaient la fièvre qu'il n'avait pas auparavant :

Non habui febrem, Symmache, nunc habeo.

Selon quelques historiens de la médecine, il faudrait arriver jusqu'au milieu du XVII[e] siècle (1658), pour trouver l'origine d'un établissement clinique vraiment digne de ce nom, et ce serait François de Le Boë, célèbre par son système *iatro-chimique*, qui, le premier, aurait conçu l'heureuse idée de faire des leçons cliniques, dans l'hôpital confié à ses soins, à Leyde. Mais si nous en croyons un ouvrage de Comparetti (1), en 1578, c'est-à-dire quatre-vingts ans avant l'époque où florissait la clinique de François de Le Boë, un décret avait institué un enseignement du même genre au sein de l'hôpital Saint-François à Padoue. Il paraît, d'ailleurs, qu'à Leyde même, François de Le Boë avait été devancé dans l'enseignement clinique par Otton de Heurn, son prédécesseur dans la chaire de médecine pratique que possédait cette ville. De plus, avant que François de Le Boë eut enseigné la clinique à Leyde, Guillaume Straten l'avait professée à Utrecht (2).

L'illustre Boerhaave, en cela plus heureux que Stahl et Fréd. Hoffmann, eut l'avantage d'enseigner la médecine au lit des malades, et son enseignement avait pour théâtre ce même hôpital de Leyde où de Leboë avait fait autrefois ses leçons. De l'école clinique de Boerhaave surgirent les élèves les plus distingués, dont quelques-uns, à leur tour, se livrèrent à la même carrière que leur maître, et plantèrent, en quelque sorte, l'arbre fécond de la clinique en différentes contrées de l'Europe, notamment à Vienne et à Édimbourg.

En 1753, sous les auspices de l'impératrice Marie-Thérèse, Van-Swiéten, chargé de reformer l'université de Vienne, fonda dans cette capitale un hôpital clinique.

---

(1) *Voyez* l'ouvrage de Kyper, intitulé : *Methodus medicinam ritè discendi et exercendi.*

(2) *Saggio della scuola clinica nello spidale di padova.*

C'est là que Dehaën, Stoll et Hildenbrand ont successivement professé ; et l'on sait quelle gloire ils se sont acquise par leur enseignement, ainsi que par les ouvrages cliniques qu'ils ont publiés.

Cependant, de nouveaux établissements cliniques s'organisent peu à peu dans les diverses contrées du nord de l'Europe, ainsi qu'en Italie. Padoue, Rome, Pavie, Gênes, Florence, Milan, Naples, Turin, Bologne, etc., deviennent le siége d'un enseignement clinique. Il serait trop long de citer tous les professeurs qui s'y distinguèrent et les divers ouvrages qu'ils publièrent. Toutefois il ne nous serait pas permis de passer sous silence les professeurs Tommasini et Rasori, si connus, le premier par sa doctrine de l'*excitement*, le second par sa trop fameuse méthode de l'émétique à haute dose. Tous les deux appuyèrent leurs doctrines sur les faits observés dans les établissements cliniques auxquels ils étaient attachés.

Pendant que tant de contrées jouissaient, déjà depuis un grand nombre d'années, de l'immense bienfait de l'enseignement clinique, la France, qui, plus tard, devait avoir sur elles une si grande supériorité en ce genre, en était complétement privée. Ce fut seulement à l'époque de l'installation des nouvelles écoles de médecine, c'est-à-dire en l'an III (1794), que la grande révolution française, créant tout après avoir tout détruit, jeta les fondements d'une organisation clinique, vraiment digne d'une nation aussi éclairée que la nôtre. On doit néanmoins reconnaître que dès l'année 1790, la Société royale de Médecine avait proposé des vues très sages sur cet important objet. Déjà aussi, avant la régénération des écoles, Desbois, de Rochefort, et son successeur, l'immortel Corvisart, avaient fait des cours de clinique.

Quoi qu'il en soit, ce n'est réellement qu'après la nouvelle organisation des écoles de médecine, que la France

brilla entre toutes les autres nations, et prit cet essor qui devait lui faire surpasser toutes ses rivales sous le rapport de l'enseignement clinique. Voici comment un homme, qui lui-même fut la gloire de la clinique chirurgicale de son temps, notre Dupuytren, en un mot, parle de la réorganisation dont il s'agit :

« Les besoins de la guerre que la France commençait « avec l'Europe firent créer les écoles de santé. On se rap- « pellera longtemps le soin qui fut apporté au choix des « maîtres et des élèves qui devaient composer ces écoles « fameuses. On y appela de toutes les parties de la France « les hommes les plus distingués et les élèves les plus pro- « pres à profiter des leçons de tels maîtres. Les succès de » Desbois, de Desault et de Corvisart, avaient trop fait « sentir les avantages de l'enseignement clinique, pour « qu'il pût être oublié dans cet Institut des sciences médi- « cales. Trois cliniques furent ouvertes dans l'école de « santé de Paris : une pour la médecine, une pour la chi- « rurgie et la troisième pour le perfectionnement de l'art. « Corvisart fut nommé à la chaire de clinique interne, « établie à l'hôpital de la Charité... » (*Discours prononcé à la Faculté de Médecine de Paris, dans sa séance publique du 22 novembre 1821, par M. Dupuytren, président.*)

On sait quelle éclatante lumière l'astre de Corvisart répandit sur la première période de la clinique médicale en France ; période à jamais mémorable, et qui constituera une ère des plus remarquables dans l'histoire générale de ce genre d'enseignement.

Qu'il me soit permis, à cette occasion, d'extraire du discours déjà cité de M. Dupuytren le passage suivant, relatif à Corvisart. Après avoir fait remarquer que, lors de sa première origine en France, l'enseignement clinique fut organisé sur des bases moins larges qu'en Allemagne,

8.

M. Dupuytren poursuit ainsi : « C'est avec de tels moyens « que Corvisart éleva la réputation de la *clinique interne* « *de la Charité* au niveau, si ce n'est au-dessus de toutes « les cliniques connues ; et c'est là que, pendant près de « quinze ans, se sont formés presque tout ce que la France » compte aujourd'hui de médecins instruits ; c'est enfin « là que sont venus se perfectionner un grand nombre de « médecins étrangers. Mais aussi quel zèle, quelle exacti- « tude et quels talents extraordinaires Corvisart déploya « dans cet ensignement !

« Ce qui donnait surtout du prix à son école, c'était la « supériorité de ses vues et le charme de ses leçons. Nous « ne savions, en effet, ce qu'il fallait le plus admirer en « lui, du praticien ou du professeur : praticien, il possé- « dait à un haut degré une réunion rare de connais- « sances en *anatomie*, en *physiologie*, en thérapeutique, « en matière médicale et surtout en médecine et en « chirurgie... La rapidité et la justesse de son coup d'œil « lui faisaient voir à temps le meilleur parti : il savait le « prendre et le suivre sans hésiter ; il savait aussi le changer « lorsque l'occasion l'exigeait. Professeur, nous l'avons « vu déployer, pendant quinze ans, toutes les grâces d'une « élocution facile, et néanmoins concise, toutes les res- « sources d'une dialectique serrée, et prodiguer tous les « trésors d'une érudition variée et d'une expérience con- « sommée... Personne ne porta plus loin que Corvisart la « réunion des qualités nécessaires pour réussir dans le « difficile enseignement de la clinique : sagacité dans les « recherches, force d'attention, promptitude et sûreté « dans les jugements, disposition habile des matériaux « recueillis au lit des malades, exposition claire et animée « des faits relatifs à chaque maladie, diagnostic éclairé, « pronostic assuré, habileté très grande dans l'indication, « dans la recherche et dans la démonstration des lésions

« organiques : telles étaient les qualités qu'il faisait briller
« dans l'exposition des faits particuliers.

« Que s'il venait à comparer ces faits entre eux pour
« faire ressortir leurs analogies ou leurs différences ; si,
« partant de cette base et des souvenirs que lui présen-
« taient, en foule, une mémoire des plus heureuses, et la
« connaissance approfondie des grands observateurs, il se
« livrait à des inductions ; s'il s'abandonnait à quelques
« improvisations, ou s'il s'élevait à des considérations
« générales sur les maladies, sur les lésions organiques
« qui en sont si fréquemment la cause ou l'effet, ces induc-
« tions, ces improvisations, ces considérations générales
« semblaient moins inspirées par une intelligence humaine
« que par le dieu de la médecine lui-même. »

Ceux qui ont eu le bonheur de suivre la clinique de Corvisart, aimeront à retrouver encore leur grand professeur dans ce portrait tracé de main de maître, de la main du Corvisart de la clinique chirurgicale.

L'exemple donné par les premiers professeurs de clinique médicale a porté des fruits abondants. Paris est, sans contredit, aujourd'hui la ville classique de l'enseignement clinique ; sous ce rapport, comme sous tant d'autres, la capitale de la France est vraiment la reine du monde. Ce ne sont pas seulement les professeurs de la Faculté, mais aussi les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, étrangers à cette Faculté, qui prodiguent aux élèves les inépuisables trésors de l'enseignement clinique. Cet enseignement y revêt, pour ainsi dire, toutes les formes : clinique de médecine et de chirurgie en général, clinique sur chacune des branches spéciales du grand arbre médico-chirurgical, clinique sur les maladies propres aux différents âges, voilà ce que l'on trouve à Paris, et ce que l'on ne trouve que là.

Il manque peut-être encore à la Faculté quelques cours

sur les cliniques spéciales; espérons qu'elle ne tardera pas à s'enrichir de ces nouvelles chaires (1).

Avant de terminer cette section, il est juste d'ajouter que depuis la régénération de l'enseignement, heureuse conquête de notre première révolution, ce n'est pas seulement à la clinique civile, mais aussi à la clinique militaire, qu'il fut réservé de reculer l'horizon de nos connaissances médicales. Tandis qu'un grand capitaine promenait en triomphe la gloire française dans presque toute l'Europe, et que les Pyramides elles-mêmes s'inclinaient devant nos drapeaux, plusieurs des chirurgiens et des médecins aux soins desquels étaient confiés nos immortels guerriers, grossissaient le dépôt de la science du fruit de leurs observations cliniques. Reconnaissance éternelle à tous ces chirurgiens et médecins en général! Honneur en particulier à l'auteur de l'*Histoire des phlegmasies chroniques* et à l'illustre historien médical de l'armée d'Egypte, au Thucydide de la peste de Jaffa (2)!

---

(1) Une chaire de clinique pour les maladies des enfants serait un précieux complément de l'enseignement clinique de la Faculté de Paris.

(2) C'est peu que l'enseignement clinique se soit répandu dans toute l'Europe et dans plusieurs contrées du Nouveau-Monde; cette institution, refluant en quelque sorte vers sa source primitive, vient d'être transportée en Égypte par un de nos compatriotes, M. le docteur Clot. (*Voyez*, sur l'école fondée par M. Clot, sous les auspices du Pacha d'Égyte, plusieurs articles intéressants publiés dans la *Lancette française*.)

Les jeunes Égyptiens, qui, après avoir fait leur éducation médicale à Paris, sous la savante direction de M. Labat, viennent tout récemment d'être rappelés dans leur patrie, y feront fleurir les doctrines de l'école française.

DEUXIÈME PARTIE.

PRINCIPES DE PHILOSOPHIE MÉDICALE,

OU

CONSIDÉRATIONS SUR L'ART D'OBSERVER, D'EXPÉRIMENTER ET DE RAISONNER EN MÉDECINE.

CHAPITRE PREMIER.

RÉFLEXIONS PRÉLIMINAIRES SUR LES SCIENCES EN GÉNÉRAL ET SPÉCIALEMENT SUR LES SCIENCES DITES D'OBSERVATION. — DU GÉNIE PARTICULIER DE LA MÉDECINE.

Dire vaguement que les sciences, en général, sont le produit de l'intelligence éclairée par les sens, c'est là un lieu commun, un axiôme qui n'est ignoré de personne ; mais exposer, d'une manière *précise*, comment procède l'esprit humain dans l'acquisition des diverses connaissances qu'il embrasse, voilà un problème beaucoup plus compliqué et plus difficile à résoudre qu'on ne pourrait le penser au premier abord. Pour y parvenir, il faudrait exposer d'abord une exacte analyse et de ces connaissances si variées et des agents intellectuels spéciaux dont elles réclament l'opération. En effet, les mots *esprit*, *intelligence*, sont très complexes et comprennent plusieurs facultés élémentaires ou fondamentales tout-à-fait différentes entre elles sous quelques rapports, bien qu'elles se ressemblent sous le point de vue de certains caractères généraux, tels que la perception, la mémoire, le jugement, etc.

Voulant coordonner entre elles les différentes connaissances humaines, Descartes les partage en trois grandes catégories qu'il compare aux trois parties d'un arbre. Les sciences préliminaires ou de la première caté-

gorie, telles que les mathématiques, la mécanique, la logique, etc., sont les racines de l'arbre; les sciences naturelles ou de la seconde catégorie en constituent le tronc, et les sciences d'application ou de la troisième catégorie (les arts) en représentent les branches. Mais ce n'est là qu'un simple aperçu, et non une analyse détaillée, un dénombrement méthodique et précis des sciences.

Bichat a été, peut-être, moins explicite encore dans la division qu'il a établie : « Il y a, dit-il, deux classes d'êtres, « deux classes de propriétés, deux classes de sciences. « Les êtres sont organiques ou inorganiques, les pro- « priétés vitales ou non vitales, les sciences physiologi- « ques ou physiques..... La physiologie animale, la phy- « siologie vitale, la médecine, composent les sciences « physiologiques; l'astronomie, la physique, la chi- « mie, etc., ce sont là les sciences physiques. Ces deux « classes de sciences ont uniquement rapport aux phéno- « mènes. Deux autres classes relatives aux formes exté- « rieures et intérieures, à la description par conséquent, « leur correspondent : pour les corps organiques, la bota- « nique, l'anatomie, la zoologie; la minéralogie, etc., « pour les inorganiques, voilà ces sciences (1). »

Cette classification des sciences est tellement incomplète, qu'il n'y est pas même question des sciences mathématiques, c'est-à-dire des sciences les plus générales, et qui entrent comme éléments dans presque toutes les autres, d'où le nom d'*élémentaires* qui leur a été donné.

Il n'est pas de notre objet de traiter ici de tous les éléments auxquels se réduisent, en dernière analyse, les sciences naturelles, dont la médecine elle-même n'est qu'une branche. Nous n'avons d'autre but que de présenter quelques considérations sommaires sur la méthode commune qui doit être suivie dans toutes les sciences

(1) *Anat. génér.; consid. génér.*

dites d'observation (quelque différentes qu'elles soient entre elles, sous le rapport du sujet qu'elles étudient), et sur l'agent au moyen duquel nous élaborons nos diverses perceptions, c'est-à-dire sur l'esprit humain.

Or, il suffit d'avoir attentivement réfléchi sur les notions dont se compose la science de la nature en général, pour être bien convaincu qu'elles dérivent toutes immédiatement de l'observation et de l'expérience. Quelque simple que soit en elle-même cette vérité, il est cependant certain qu'avant l'ère de l'immortel chancelier Bacon, elle n'avait pas encore été suffisamment développée. C'est depuis cet illustre philosophe que la *méthode expérimentale* a été définitivement considérée comme le flambeau des sciences naturelles, et que le mot de ralliement de tous les vrais savants a été : *Non fingendum aut excogitandum quid natura faciat, sed inveniendum.*

Néanmoins, en reconnaissant toute l'étendue des droits de l'observation et de l'expérimentation en matière de sciences naturelles, on a dû tenir compte d'un autre grand élément, savoir celui que l'on désigne ordinairement sous le nom générique de *raisonnement*, et qui comprend l'ensemble des opérations que l'intelligence fait subir aux matériaux recueillis par l'observation. Ainsi donc, l'élément ou *pouvoir* observateur, expérimental, et l'élément ou *pouvoir* rationnel, logique philosophique, voilà, en dernière analyse, les principes immédiats de tout ce que nous *savons* en matière d'histoire naturelle. La méthode dite *expérimentale* est l'instrument au moyen duquel l'esprit humain exploite, défriche l'immense champ des sciences naturelles, sciences qui portent aussi le nom de sciences d'*observation*, parce que en effet l'observation en est, pour ainsi dire, la mère.

Mais encore une fois, ce n'est pas assez que de savoir vaguement quel est le double agent dont on se sert dans

l'étude des sciences naturelles, il faut encore connaître en détail, analyser en quelque sorte l'instrument d'observation et l'esprit qui en élabore les matériaux. C'est encore là un grand principe que Bacon avait bien entrevu, quand il disait qu'il fallait commencer par *refaire l'entendement humain lui-même*, avant de poser les règles fondamentales des méthodes à suivre dans les sciences naturelles proprement dites.

Ces expressions *refaire l'entendement humain*, signifient refaire la *science de l'entendement humain,* c'est-à-dire la physiologie intellectuelle ou la *psycologie.* L'étude de cette *science des sciences* fut entreprise avec un zèle infatigable par les philosophes du XVIII[e] siècle, parmi lesquels se distingue Condillac, ce chef de l'*école* dite *sensualiste*, dont la devise était ce fameux principe d'Aristote : *Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu.* Les travaux de ces philosophes sur la *sensation* en général et ses diverses *transformations* ont laissé de profonds souvenirs. Cependant, l'école dite *spiritualiste,* d'accord en cela avec l'école de Gall ou l'école *phrénologique,* leur a justement reproché de n'avoir pas formulé assez largement les principes ou les sources de nos connaissances. Déjà Cabanis avait signalé un ordre de sensations, et partant une *voie* d'observation, qui avaient échappé à l'analyse de Condillac et de ses disciples. Enfin, dans ces derniers temps, de profonds observateurs en métaphysique ont fixé leur attention sur un nouveau point de vue de l'horizon de l'observation, savoir : les opérations et les phénomènes des agents intellectuels eux-mêmes. Ils ont désigné sous le nom de *conscience*, cette sorte de nouveau sens, cet organe de l'observation *intérieure* ou *métaphysique* (on peut l'appeler ainsi par opposition aux autres sens qui s'exercent sur les phénomènes du monde *physique* ou extérieur).

Toutefois, tandis que de creux métaphysiciens se consumaient presque en pure perte dans d'abstraites considérations sur les attributs généraux de l'*esprit*, de l'*intelligence*, de l'*ame*, tels que la mémoire, la comparaison, le jugement, etc., un immortel et ingénieux observateur, Gall, analysant avec une admirable sagacité les divers éléments fondamentaux, les facultés primitives dont l'ensemble constitue l'intelligence, *refaisait véritablement l'entendement humain*, répandait un jour nouveau sur la physiologie *psycologique*, et trouvait le secret *organique* de la supériorité de l'homme sur les animaux. Il démontrait toute la fausseté, pour ne pas dire l'absurdité, de la doctrine des philosophes de l'école *sensualiste*, qui enseignaient que l'homme ne l'emportait sur les autres animaux que parce que les *cinq sens* étaient plus parfaits chez lui que chez ces derniers. Non, certes, ce n'est pas là ce qui donne à l'homme la supériorité intellectuelle dont il jouit; il en est redevable à ces sens cérébraux, que Gall et ses disciples ont désigné sous les noms de sens ou d'organes du calcul, de la mécanique, de la parole, de la causalité, etc., etc., parmi lesquels il en est dont les animaux sont dépourvus, et dont les autres, communs à ces derniers et à l'homme, sont incomparablement plus développés chez lui que chez les animaux.

Grâce à l'action de quelques-uns de ces agents intellectuels sur-ajoutés aux sens externes proprement dits, non seulement l'homme peut observer les objets de la nature sous de nouveaux rapports, mais il conçoit des idées de *forces*, de *cause première*, d'êtres qui ne tombent pas sous nos sens ou de substances *impondérables*, et il s'élève même jusqu'à la notion d'une puissance surnaturelle ou divine (1).

---

(1) L'idée de force, dira-t-on, est une pure hypothèse, et l'on ne doit

Mais c'est trop s'arrêter sur ces questions de philosophie générale des sciences, matière sur laquelle nous ne possédons malheureusement encore aucun ouvrage satisfaisant. L'exécution d'un pareil ouvrage est hérissé de difficultés presque insurmontables. Elle exige en effet, outre une organisation des plus fortes et des plus complètes, des connaissances si précises sur la famille entière des sciences, qu'un seul homme n'y peut en quelque sorte suffire. Heureusement que pour apprendre les sciences et exercer les arts qui s'y rattachent, il n'est pas nécessaire d'en avoir approfondi la *philosophie ;* c'est une sorte de prose que nous faisons sans le savoir.

Au reste, ce n'est pas la science de l'entendement seulement qu'il faut refaire ou du moins perfectionner, mais aussi la langue de cette science. Jusque-là, que de disputes de mots nous aurons encore à dévorer, comme du temps du moyen âge !

J'aurais volontiers épargné aux lecteurs les réflexions précédentes, si elles ne se rattachaient étroitement à notre sujet. En effet, qu'est-ce que la science de l'homme sain et malade, sinon un composé de notions qui n'ont réellement d'autres limites que celles de l'intelligence elle-même? Que dis-je? La connaissance de l'esprit hu-

considérer dans les corps que les phénomènes et les lois qui les régissent. Tout cela est à merveille ; mais il n'en est pas moins vrai, que cette hypothèse ou cette conception est considérée comme très légitime par les plus illustres penseurs, au rang desquels nous citerons un géomètre fameux. En effet, suivant Laplace : « *La méthode la plus sûre qui puisse* « *nous guider dans la recherche de la vérité, consiste à s'élever, par induc-* « *tion, des phénomènes aux lois, et des lois aux forces.* » (*Essai philosophique sur les probabilités*, page 258.)

Mais une règle dont il ne faut jamais s'écarter, c'est de ne pas multiplier *sans nécessité* les forces et les *principes* ou *êtres de raison* dont on les fait dériver, sans quoi on s'exposerait à tomber dans une sorte de superstition en matière de sciences naturelles.

main lui-même, créateur de toutes les sciences, cette science des sciences, comme je le disais tout à l'heure, n'est-elle pas réellement une partie de la science de l'homme ou de la physiologie?

Ces idées générales trouveront donc leur application dans ce que nous avons à présenter sur la *philosophie* de la médecine; mais avant d'aborder les détails de ce sujet, il nous faut déterminer le véritable *génie* de la médecine, et lui assigner un rang dans la grande famille des sciences. Or, s'il est bien vrai que, considéré sous le point de vue de sa vie organique, pour parler le langage de Bichat, l'homme ne soit réellement qu'une merveilleuse machine, dont la complète et exacte connaissance réclame l'application des sciences mathématiques, mécaniques, physiques et chimiques, n'est-il pas évident qu'on ne saurait séparer la philosophie de cette partie de la science de l'homme de la philosophie des sciences dont elle est une application? S'il est bien vrai, d'un autre côté, que, considéré sous le point de vue de la *vie animale*, pour continuer à parler comme Bichat, l'homme ne soit réellement que le sujet même des sciences désignées sous le nom de métaphysique ou de psycologie, la philosophie de ces sciences ne se confond-elle pas avec la philosophie même de cette seconde partie de la science de l'homme?

Tout ce que nous allons dire sur la philosophie de la médecine ne contiendra donc, en dernière analyse, que des principes, dont les uns appartiennent aux sciences mathématiques, les autres aux sciences physico-chimiques, les troisièmes enfin aux sciences métaphysiques ou psycologiques. Répétons bien surtout que l'observation et l'expérience ne sont pas l'unique élément de la méthode employée à la construction de l'édifice complet de la médecine. Il est bon d'insister sur ce principe, aujourd'hui que certains hommes, affectant un dédain superbe pour ce qu'ils ap-

pellent des *doctrines* et des *théories*, et prenant à la lettre la fameuse sentence *ars medica tota in observationibus*, tombent dans la plus grossière erreur que l'on puisse commettre en matière de *philosophie médicale*. Bacon s'est servi d'une ingénieuse comparaison pour donner une idée de la méthode scientifique suivie par les divers savants en général, et cette comparaison s'applique à la méthode adoptée par les médecins en particulier : « *Qui* « *tractaverunt scientias*, dit-il, *aut* EMPIRICI, *aut* DOG- « MATICI *fuerunt*. EMPIRICI, *formicæ more, congerunt* « *tantum et utuntur;* RATIONALES *aranearum more, telas* « *ex se conficiunt. Apis vero ratio media est, quæ ma-* « *teriem ex floribus horti et agri elicit, sed tamen eam* « *propria facultate vertit et digerit. Itaque ex harum fa-* « *cultatum*, EXPERIMENTALIS *scilicet et* RATIONALIS, *arc-* « *tiore et sanctiore fœdere bene sperandum est.* » (*Nov. organ.*, lib. III, *Aphorisme* 95.)

Certes, les faits de la médecine ne vont pas *seuls et comme d'eux-mêmes* se ranger dans un ordre voulu, et constituer un édifice médical régulier, ainsi qu'on voyait autrefois, au son de la lyre d'Amphion, s'élever des maisons et des villes entières. Or, si les observations ne s'arrangent pas ainsi miraculeusement d'elles-mêmes en ordre logique et scientifique, et si pourtant nulle vraie science ne peut exister qu'autant que la *collection de faits* dont elle se compose a été disposée suivant un ordre logique, rationnel, philosophique, il n'est pas vrai de dire que la médecine gît toute entière dans les observations : *Ars medica tota in observationibus* (1).

Tout ce que la médecine possède de plus grands obser-

---

(1) Au reste, l'auteur de cette sentence ne l'a jamais prise à la *lettre* pour son propre compte. C'est bien ici le cas de répéter que la *lettre* tue et que l'esprit *vivifie*.

vateurs et de plus illustres auteurs, les Hippocrate, les Sydenham, les Baillou, les Baglivi, les Morgagni, les Zimmermann, les Bichat, les Stoll, les Corvisart, les Pinel, etc., etc., n'ont certes jamais exclu le raisonnement et l'esprit philosophique du nombre des instruments nécessaires à l'exploitation du champ de la médecine. Appliquant à la saine médecine elle-même le nom de la double méthode dont elle est le produit, Hildenbrand lui donne le nom de médecine *empirico-rationnelle*. « *Hypothetico autem omni evitato delirio, illa, quæ casto ratiocinio ex ipsis observatis deduci possunt theoremata, ita interxta sunt practicis adnotationibus, ut medicinæ empirico-rationalis obtineatur scopus. Atque hæc, quousque hominum mala erunt, suam defendet veritatem, suamque utilitatem.* »

Les rapprochements, les généralisations, les *théories et les doctrines* enfin, pour me servir des expressions les plus usitées, sont tellement inhérentes à l'essence de la médecine, comme à celle de toutes les autres sciences physiques ou naturelles, qu'en vérité on a peine à concevoir les sorties et, si l'on ose le dire, les insultes dont ces nobles productions de l'esprit humain ont été l'objet de la part de quelques médecins. On est surtout étonné de trouver parmi les détracteurs de l'esprit de *théorie*, du génie *systématisateur*, des hommes doués d'ailleurs des plus hauts talents. Ce qui n'étonne pas moins, c'est que les auteurs qui ont professé un tel paradoxe fourmillent, en quelque sorte au besoin, de théories et d'idées hypothétiques, soit qu'ils en agissent ainsi sans le savoir, soit plutôt que leur dédain pour les théories et les doctrines se réserve tout entier pour celles de leurs adversaires. Nous citerons plus loin des passages propres à justifier ce qui vient d'être dit de la manière de voir de certains hommes sur l'usage des *systèmes*, des *explications*, des

doctrines en médecine, spécialement en ce qui concerne la *nature* intime des maladies.

Ce n'est point assez d'avoir démontré, d'une manière générale, qu'en médecine, comme dans toute autre science, on ne peut procéder que par la double voie de l'observation et de la rationalisation ; il importe beaucoup, en effet, de consacrer quelques développements à l'exposition de cette grande méthode, et c'est ce que nous allons faire. Toutefois, nous n'accorderons pas à ce sujet toute l'extension dont il est susceptible, et nous faisons des vœux pour qu'il se trouve quelque médecin d'un excellent esprit qui puisse exécuter dans tous ses détails le travail que nous allons simplement ébaucher.

CHAPITRE II.

DE L'ESPRIT OU DU GÉNIE D'INVENTION, D'OBSERVATION, D'EXPÉRIMENTATION, DE SES AGENTS ET DE SES MÉTHODES.

Les agents ou les organes de l'observation des phénomènes qui se passent en dehors de nous, sont les sens externes ou les sens proprement dits. D'autres sens, des sens internes nous mettent pour ainsi dire en rapport avec nous-mêmes, et cette sorte d'observation intérieure qui, dans ces derniers temps, a été désignée sous le nom de *conscience*, est une source de connaissances de la plus haute importance (1).

ARTICLE PREMIER.

De l'observation extérieure.

L'observation extérieure est l'application immédiate

(1) « Aux limites de la physiologie visible, commence une autre phy-
« siologie dont les phénomènes sont aussi assujettis à des lois qu'il est

ou médiate de l'un ou de plusieurs de nos sens à la recherche des propriétés et des phénomènes des corps. Elle est le véritable flambeau de l'esprit humain dans tout ce qui concerne l'étude des sciences physiques et chimiques proprement dites. L'impulsion, l'espèce d'instinct qui nous porte à exercer nos sens, est ce que je désigne sous le nom d'*esprit* ou de *génie* d'observation. On ne saurait être un grand observateur sans être doué, à un haut degré, de cette sorte de penchant qu'il faut bien distinguer des sens eux-mêmes; en un mot, il faut une vocation pour l'art d'observer, comme pour tout autre art, et *l'on naît observateur comme l'on naît poète.* Un idiot peut avoir les cinq sens externes très développés, et il ne sera cependant jamais un grand observateur. Que lui manque-t-il donc? cet esprit d'observation dont le siége est dans le cerveau, et dont le développement et la puissance varient selon les individus.

Pour que nos sens puissent recueillir convenablement, exactement les phénomènes, il ne faut pas seulement qu'ils soient bien organisés, il est encore deux autres conditions fondamentales, savoir : l'*attention* et l'*éducation.*

L'*attention* augmente la force de l'instrument observateur; elle le *tend*, en quelque sorte, et de là ce précepte d'être *attentifs* et *patients* que l'on recommande à tous ceux qui se consacrent au pénible métier de l'observation (1).

L'*éducation*, ou la culture des sens, s'obtient par leur

« très important de connaître. Cette physiologie que nous désignerons sous « le nom de *psycologie* est, sans doute, une continuation de la physiologie visible. *En appliquant aux observations du sens interne qui peut seul « les apercevoir, la méthode dont on a fait usage pour les observations des « sens externes*, *on pourra porter dans la théorie de l'entendement humain, « la même exactitude que dans les autres branches de la philosophie naturelle.* » (Laplace, *Essai philosophique sur les Probabilités.*)

(1) « L'attention donnée fréquemment à une qualité particulière des

exercice habituel : ils acquièrent par un long et fréquent exercice une finesse et pour ainsi dire une prestesse telle, qu'elle semble tenir du prodige. Il est vrai que par l'exercice dont il s'agit, l'esprit d'observation se développe et se perfectionne singulièrement ; et c'est là, peut-être, bien plus encore que dans le développement des sens eux-mêmes, qu'il faut chercher le secret de cette merveilleuse sagacité avec laquelle les grands observateurs saisissent les phénomènes qui se dérobent aux observateurs vulgaires.

Parmi les médecins qui ont le plus insisté sur la nécessité de bien exercer les sens, il faut placer au premier rang l'immortel Corvisart. Il revient souvent, et avec une sorte de complaisance, sur cet important sujet. Le passage suivant de la préface de sa traduction de l'ouvrage d'Avenbrugger sur la percussion mérite d'être cité :

« De toutes les sciences physiques en général, il n'en est « peut-être pas une dans laquelle il importe plus d'interroger les sens que dans la médecine-pratique strictement dite...

« Qu'il est rare cet observateur accompli qui sait attendre « dans le silence de l'imagination, dans le calme de l'esprit, et avant de former son jugement, le rapport d'un « sens actuellement en exercice ; qui compare ce rapport « de l'un avec le produit de l'autre ; qui redresse, ou fortifie l'un par l'autre ; qui en confronte ensuite les résultats avec ceux dont l'observation et l'expérience lui ont « imprimé un exact souvenir, pour établir enfin sur ces « bases le jugement le moins erroné possible dans la recherche de la nature et des causes des maladies !

« objets, finit par douer les organes d'une exquise sensibilité, qui fait « reconnaître cette qualité, lorsqu'elle devient insensible au commun des « hommes. » (Laplace, *Calcul des Probabilités*, page 240).

« Mais cette justesse, cette précision de nos sens, sup-
« pose leur fréquente application sur les objets qu'ils peu-
« vent atteindre, et cet exercice doit être convenablement
« dirigé : c'est cet exercice habituel, convenable et mé-
« thodique que j'ai souvent appelé l'*éducation médicale*
« des sens, éducation trop négligée.

« Si la médecine, sous un certain point de vue, consti-
« tue manifestement une science, elle a évidemment aussi
« des rapports sous lesquels elle est simplement un art, *ars*
« *medica*, dit-on souvent ; et, considérée sous cet aspect,
« l'éducation des sens est tellement importante, tellement
« indispensable, que je ne pense point qu'il soit possible,
« sans cela, d'être un médecin recommandable au lit des
« malades. Et qu'est-ce, en effet, que ce qu'on appelle vul-
« gairement l'habitude de voir des malades, le coup d'œil
« du médecin, qui l'emporte si souvent sur la plus vaste
« érudition et sur la plus solide instruction, sinon le ré-
« sultat du fréquent, méthodique et juste exercice des
« sens, d'où dérivent cette facilité dans l'application, cette
« prestesse dans le rapport, cette sûreté si rapide quelque-
« fois dans le jugement, que tous ces actes semblent
« simultanés, et dont on comprend l'ensemble sous le
« nom de *tact?* »

J'ai dit plus haut que nos sens pouvaient s'appliquer *immédiatement* ou *médiatement* aux objets dont il s'agit de connaître les propriétés et les phénomènes : le premier mode constitue l'observation simple ou *naturelle*, le second l'observation *artificielle* ou secondée de l'usage d'instruments construits par les mains de l'art. L'œil, par exemple, n'ayant qu'une portée et une énergie bornées, on comprend aisément tous les avantages qu'on peut retirer de l'emploi d'instruments qui grossissent ou rapprochent les objets ; l'effet en est le même que si la propre énergie du sens était accrue. Que de phénomènes le microscope et le télescope

ne nous ont-il pas révélés, qui se fussent éternellement dérobés à la simple inspection ! Qui ne connaît les beaux résultats des recherches microscopiques des Spallanzani, des Fontana, et celles plus récentes encore de MM. Prévost et Dumas, Home, Dutrochet, Raspail, Bauëer, Schultz, etc., etc.? Ce que nous disons de l'œil est applicable à l'ouïe et au toucher, considéré comme *sens mécanique*. En effet, sans une foule d'instruments dont nous armons notre main, organe de ce dernier sens, de combien de lumières dues à cet organe d'exploration, ne serions-nous pas privés! Que de précieux documents, par exemple, n'ont pas été fournis par les différents genres de *cathétérisme!* Or, la sonde, si l'on ose ainsi dire, est un doigt prolongé.

Toutefois, l'emploi des instruments en général, et celui du microscope en particulier, exige de l'habileté et des précautions, si l'on veut éviter toute espèce d'erreurs, et c'est bien aux expériences microscopiques que s'applique rigoureusement ce sage précepte d'un illustre physiologiste: « *Est in his omnibus experimentis lex, cujus neglectæ* « *pœnas maximi aliquando viri luerunt. Nullum un-* « *quam experimentum, administratio nulla, semel debet* « *institui; neque verum innotescit, nisi ex constante re-* « *petitorum periculorum eventu. Plurima sunt aliena,* « *quæ se in experimenta immiscent: discedunt ea in* « *repetendò, ideò quia aliena sunt, et pura supersunt,* « *quæ ideo perpetuo similiter eveniunt, quod ex ipsa rei* « *naturâ fluant.* » (Haller, *Élem. physiol.*, *præf.*, pag. v.)

Ainsi donc, dans les sciences médicales, un grand nombre des objets ou des phénomènes qu'il s'agit d'observer, n'étant pas à la portée de nos sens, pour les rendre accessibles à ces agents d'observation, on a imaginé ou inventé divers procédés par lesquels on peut lever, pour

ainsi dire, le voile sous lequel se cachent ces objets et ces phénomènes. Or, ces procédés, ces actes divers portent en général le nom de méthodes, de procédés, d'expériences ou d'expérimentations. Les dissections elles-mêmes sont des moyens d'observation, et l'on sait assez que la médecine ne mériterait réellement pas le nom de science exacte et positive, si elle était privée des lumières que lui fournit l'anatomie normale et anormale, science qu'on ne peut connaître que par les dissections et les analyses de tout genre. Le physiologiste en particulier ne peut se dispenser d'en pratiquer (1).

Les maladies peuvent être rigoureusement considérées comme autant d'expériences naturelles qui fournissent à l'esprit d'observation une ample moisson de phénomènes, et c'est là précisément le champ d'observation ouvert au clinicien, lequel n'est que le physiologiste de l'homme malade. Au reste, pour le dire en passant, ces espèces d'expériences et de vivisections faites par la nature ont puissamment contribué à l'avancement de la physiologie normale elle-même, et c'est avec beaucoup de raison que, dans sa dissertation inaugurale, l'un des observateurs les plus distingués de notre époque, M. le professeur Lallemand, a dit, par exemple, que l'étude des maladies de l'encéphale ne serait pas moins utile à la détermination des fonctions de cet organe si composé que les vivisections proprements dites. Cette vérité n'avait point échappé à la profonde sagacité de Haller, comme le prouve le passage suivant de sa grande physio-

(1) Ce n'est pas sans un vif et bien légitime étonnement que dans une préface assez récente, qui contient, d'ailleurs, d'excellentes idées, on lit les réflexions que voici : « Depuis la fin du dernier siècle, la physiologie em-« ploie exclusivement le même moyen de recherches à la solution des « questions les plus disparates, et paraît n'en plus connaître d'autres que

logie: « *Sed et morbosorum cadaverum incisorum plu-*
« *rima commoda sunt. Sit functio unicumque corporis parti*
« *vulgò adscripta, velisque rescire, num vere id ejus*
« *officium sit quod creditur, non certius definies, quam*

« les expérimentations. Le laboratoire de ses études ressemble moins au « cabinet d'un homme méditatif, qu'à un lieu de meurtre et de carnage, « où retentissent sans cesse les plaintes et les cris des bêtes expirant au « milieu d'affreuses tortures. Sourde à leurs douleurs, la physiologie « contemple volontiers, *en riant*, l'horreur de leurs mouvements et les « angoisses de leurs souffrances; et puis, s'extasiant sur les difficultés et les « obstacles vaincus, et comparant particulièrement les peines et les fatigues « corporelles de l'expérimentateur au travail du penseur dans son cabinet, « elle place, sans hésiter, les œuvres manuelles de l'homme qui expéri- « mente au-dessus des opérations toutes intellectuelles de l'homme qui « réfléchit, et elle est conséquente avec elle-même; car autant elle est « active de ses mains, autant elle est peu raisonneuse de son esprit. »

Sans doute, il est très beau, très noble et très utile de se livrer au travail de la pensée en physiologie comme en toute autre science. Mais ce n'est pas uniquement par la méditation dans son cabinet et par des tours de force intellectuels que la physiologie fait chaque jour de nouveaux progrès. Si l'on veut savoir quelle influence exerce la 8[e] paire de nerfs sur la respiration, quelles sont les fonctions du cerveau, du cervelet et de la moelle épinière, quel rôle jouent les veines dans la fonction de l'absorption, etc., etc., il n'est guère permis d'espérer qu'on parviendra à résoudre ces problèmes en restant dans son cabinet, les jambes croisées, la main sur le front, les yeux fermés et l'esprit tendu. Mieux vaut alors ouvrir les yeux, aller dans un amphithéâtre, multiplier et varier les expériences, comme l'ont fait Dupuytren, Legallois, Rolando, MM. Magendie, Flourens, etc., sauf à ne point *contempler, en riant, l'horreur des mouvements et les angoisses des souffrances des animaux*, ce qui, je crois, n'est pas l'attribut nécessaire de la physiologie expérimentale.

Un physiologiste qu'on n'accusera point, sans doute, de trop de cruauté, lui qui n'avait jamais eu le courage de porter sur l'homme malade le tranchant du fer chirurgical, Haller a dit : « *Viva animalia incidisse necesse* « *est. Unicum sæpe experimentum integrorum annorum laboriosa figmenta* « *refutavit. Hæc crudelitas ad veram physiologiam plus contulit, quàm* « *omnes fere aliæ artes, quârum conspirante operâ, nostra scientia con-* « *valuit.* »

« *incisis corporibus, in quibus ea pars vitiata erit. Si ea*
« *functio superfuit, cum id organum vitio laboravit, non*
« *est ejus, quæ dicebatur, utilitas; si sublata fuit*
« *in eo corpore functio cujus particula de quâ quæritur,*
« *vitiata fuit, valde erit vero proximum, hanc fuisse ejus*
« *partis functionem, quæ sublata fuit.* »

Les expérimentations sur les animaux vivants sont très propres à éclairer une foule de questions médicales, que la simple observation des maladies, telles que nous les offre la nature, a laissé dans un état d'obscurité plus ou moins profonde. Certainement, par exemple, les expériences de M. Gaspard sur l'injection de matières putrides dans les veines, expériences que j'ai répétées moi-même, n'ont pas été complétement perdues pour l'explication de ces phénomènes typhoïdes qu'on observe dans un certain nombre de maladies. Certainement aussi, les inflammations que j'ai développées artificiellement dans le tube digestif de plusieurs chiens, ont contribué à me faire apprécier à sa juste valeur le rôle que jouent les inflammations dites *spontanées* de cet appareil dans la production des maladies désignées sous le nom de *fièvres essentielles*. Si l'on doit regretter quelque chose, c'est qu'une aussi féconde source de lumières et de connaissances positives ne soit pas plus souvent mise à contribution.

En dernière analyse, l'expérimentation n'est pas moins applicable aux sciences physiologiques ou médicales qu'à la physique et à la chimie elles-mêmes, qui lui sont redevables de leurs immenses et rapides progrès. D'ailleurs, il faut l'avouer, l'esprit n'est point étranger aux travaux d'expérimentation. N'est-ce pas en effet une opération de l'esprit, que l'idée ou la conception d'une ou de plusieurs séries d'expériences propres à éclairer une question scientifique quelconque? Qu'est-ce donc que le *génie* expérimental? Cette *œuvre manuelle*, cette *fatigue corporelle*,

n'est-ce pas l'esprit qui les dirige ? Certes, c'est bien moins par l'*exécution* que par la *conception* des expériences que se distinguent les grands expérimentateurs, et concevoir une expérience est, je le répète, un acte d'esprit, d'intelligence, d'entendement, comme toute autre conception.

Suivant les qualités ou conditions des corps que l'on se propose d'apprécier *exactement*, on a recours tantôt aux méthodes et aux procédés mathématiques, tantôt aux méthodes mécaniques, physiques et chimiques. Ainsi, par exemple, quand il s'agit de questions de poids, de volume, d'étendue, de nombre, etc., en médecine, comme en toute autre science naturelle, il est indispensable de peser, de mesurer, de calculer conformément aux règles que nous enseignent les sciences physiques et mathématiques. Or, à chaque instant la clinique nous offre des cas dans lesquels on ne peut *observer, explorer* avec précision sans recourir à ces moyens. C'est par le soin extrême avec lequel nous mettons en pratique les méthodes signalées ici que nous avons, j'ose le dire, imprimé à notre clinique un caractère de précision, d'exactitude, de certitude que l'on chercherait vainement là où l'on ne procède pas ainsi.

La percussion, l'auscultation, la pondération, la mensuration, le calcul, l'exploration thermométrique, hygrométrique, électro-métrique, dynamo-métrique, etc., voilà donc réellement les sources pures et fécondes de l'observation médicale, en tant qu'elle s'exerce sur les conditions mécaniques, physiques et chimiques que le corps humain a reçues en partage avec tous les autres corps. La plupart de ces méthodes précises et exactes d'observation sont tellement ignorées ou négligées par la grande majorité des médecins de la vieille école, qu'il ne faut pas s'étonner s'il existe tant de vague et d'incertitude dans leur diagnostic, et partant dans leur pratique. La mé-

thode *numérique*, même dans les cas les plus vulgaires, est presque toujours negligée : par exemple, on tâte le pouls et les battements du cœur et on ne les compte presque jamais; on ne compte pas non plus les mouvements de la respiration. Au lieu de chiffres, on a sans cesse à la bouche les mots de *plus* ou de *moins*, de souvent, quelquefois, dans certains cas, etc., etc. Ce n'est pas que je prétende qu'il ne faille jamais parler en médecine que les chiffres à la main, ce serait interdire en quelque sorte la parole à presque tous les médecins; mais il est des questions dont la solution réclame impérieusement ce genre de démonstration, et dans ces cas, à défaut de chiffre précis, il est au moins nécessaire de s'appuyer sur un chiffre approximatif. Les médecins, en un mot, oublient trop ce principe : *Numero, mensurâ et pondere deus fecit mundum.*

Quoiqu'il en soit, il résulte de tout ce qui précède que tous les moyens usités pour la recherche et la collection des faits dans les sciences physiques proprement dites, tous, sans en excepter le calcul, s'appliquent à la médecine elle-même, et sous ce point de vue, on est bien autorisé à professer que, comme celles-ci, elle se compose de faits positifs, de connaissances exactes. Toutefois, nous reconnaissons volontiers que dans la plupart des problèmes de la médecine, l'application des méthodes exactes offre plus de difficultés que dans ceux des autres sciences physiques, par la raison que les premiers sont beaucoup plus compliqués que les seconds.

Nous venons de voir combien sont nombreux les éléments compris sous le nom vague de *méthode expérimentale, voie d'observation.* Nous savons maintenant que les sens proprement dits ne sont pas les seuls moyens naturels qui soient en jeu dans l'application de cette méthode. En effet, mesurer, compter, peser, etc., sont des actes

qui n'ont pas pour agents uniques et directs les sens dont il s'agit, mais qui sont régis par des espèces de sens internes spéciaux. C'est donc donner une idée bien étroite de l'art d'observer que de le réduire au simple exercice des cinq sens externes. Au reste, nous serons obligés de revenir sur les divers procédés d'observation, lorsque, dans la troisième partie de cet *Essai*, nous étudierons chacun des points de vue sous lesquels la clinique médicale peut être considérée d'une manière générale.

ARTICLE II

De l'observation dite intérieure ou de l'exploration des phénomènes de conscience, de sens intime. — De l'interrogation des malades.

Les procédés que nous avons étudiés dans le précédent article, ne nous fournissent des notions que sur l'homme envisagé sous le rapport des propriétés et des phénomènes qu'il possède en commun avec tous les autres corps de la nature; ils ne sauraient nous en fournir sur les phénomènes sensitifs, moraux et intellectuels par lesquels les animaux et l'homme en particulier se distinguent des autres êtres naturels. En effet, ce n'est ni par l'ouïe, ni par la vue, etc., que nous pouvons nous mettre en rapport avec les phénomènes dont il s'agit : on ne voit pas, on n'entend pas les diverses souffrances d'un malade, ni ses désirs, ni ses appétits, ni ses pensées, etc. Ces phénomènes dont l'individu lui seul a connaissance par cette sorte de sens interne, *d'œil* ou de *tact intérieur* qui a reçu le nom de conscience (1), nous ne pouvons les connaître qu'au moyen de la révélation qui nous en est faite par les

(1) Il ne faut pas confondre la connaissance dont il s'agit ici avec le sens moral, le sens du juste et de l'injuste, du bien et du mal, qui porte le même nom.

divers modes d'expression et spécialement par la parole. De là la nécessité d'*interroger* les malades.

L'art de l'interrogation a ses règles, ses préceptes comme tout autre art, et ce que nous avons dit de la culture, de l'éducation des sens et de l'esprit d'observation s'applique pleinement à la nouvelle faculté qu'il s'agit actuellement d'exercer. Ici se présentent même des sources d'erreur inconnues dans le mode précédent d'observation, et pour ainsi dire *d'instruction*. En effet, les malades peuvent faire des déclarations inexactes, mensongères, et il n'est pas toujours possible de rectifier leurs erreurs, ni de constater leurs mensonges ou leurs fourberies.

L'interrogation méthodique des malades doit, au reste, rouler sur plusieurs objets différents. Elle ne nous éclaire pas seulement sur les phénomènes de sens intime ou de conscience, mais aussi sur les antécédents de tous genres des malades, sur les causes physiques ou morales dont ils ont subi les influences, sur leur âge, leur état civil, leur profession, etc. Mais je n'insisterai point ici sur tous les détails de l'interrogation, car je serai forcé de revenir sur ce sujet à l'occasion des généralités sur les causes des maladies, leurs symptômes, leur durée, etc.

Les lumières que nous acquérons par l'interrogation sont infiniment précieuses. C'est pour en être entièrement privé que le médecin vétérinaire reste souvent dans une ignorance complète sur certains faits qu'il a un grand intérêt de connaître. Le médecin lui-même est quelquefois privé de cet utile flambeau, dans les cas, par exemple, où les malades sont tombés dans le délire; dans ceux où ils ont seulement perdu l'ouïe ou la parole et qu'ils ne savent pas écrire, etc. Il est des malades qui savent si peu *s'observer*, dont l'intelligence naturelle est si obtuse, qu'on ne peut en obtenir aucune réponse satisfaisante. Il faut alors, quand la chose est possible, interroger les personnes qui les entourent.

Règle générale : les données fournies par l'interrogation des malades sur les causes de leurs maladies ne doivent être accueillies qu'avec une grande prudence, et quant aux signes fournis par cette voie, ils sont en général bien moins propres à servir de base à un diagnostic rigoureux et précis que ceux recueillis par les méthodes physiques d'observation indiquées plus haut, tels que l'inspection, la percussion, l'auscultation, la palpation, etc.

Cependant le vulgaire attache, en général, beaucoup plus de prix aux lumières fournies par l'interrogation des malades qu'à celles puisées dans l'exploration directe, immédiate. Aussi est-ce pour lui une raison de considérer la médecine *vétérinaire* comme une science essentiellement *conjecturale* et *incertaine*. Certes, nous ne méprisons pas, encore une fois, les données, les renseignements que nous nous procurons au moyen de l'interrogation des malades, et nous avouons volontiers par conséquent que la médecine vétérinaire possède pour ainsi dire un sens de moins que la médecine humaine. Ce que nous avons voulu dire uniquement, c'est que, pour le diagnostic de beaucoup de maladies, si nous avions à choisir entre les données fournies par l'exploration *muette*, en quelque sorte, et celles fournies par l'interrogation des malades, nous devrions assurément préférer les premières.

ARTICLE III.

De la collection des observations ou des histoires particulières des maladies.

§ Ier. *Considérations générales.*

Puisqu'il est bien vrai que les cas où les faits particuliers sont, comme nous l'avons dit, la matière première de la médecine, la base de toutes les opérations ultérieures auxquelles doit se livrer l'entendement pour la construc-

tion de l'édifice médical, on comprend assez toute l'importance de l'art de recueillir ces cas ou ces faits particuliers. Cet art n'est autre chose que l'application méthodique des principes que nous avons précédemment exposés. Mais toute application de principes, de règles, quelqu'en soit le sujet, ne se fait bien qu'avec de l'habitude. Il faut donc s'exercer de bonne heure à la collection des faits, et avec le temps on acquiert l'habileté et le talent nécessaires (1).

Ce n'est pas une chose facile que de déterminer quelles sont les diverses conditions que doit réunir une *observation* pour qu'elle soit bonne et complète. Avant de poser quelques règles à cet égard, je dois faire remarquer que les observations bonnes à une époque donnée de la science, cessent de l'être à une autre époque. En effet, comme l'art d'observer s'enrichit de temps à autre de nouvelles méthodes, ou perfectionne et agrandit celles qu'il possédait déjà, il est clair que les observations recueillies à une époque antérieure à celle des découvertes ou des perfectionnements dont il s'agit, seront nécessairement incomplètes. C'est ainsi, par exemple, que les observations de maladies dans lesquelles la percussion et l'auscultation fournissent des signes d'une si grande valeur, sont nécessairement incomplètes chez les auteurs qui ont vécu avant l'heureuse invention de ces deux fécondes et précieuses méthodes. Nos propres observations, si supérieures à celles de nos devanciers, vieilliront à leur tour, à mesure que de nouveaux progrès s'introduiront dans l'art d'observer (2).

---

(1) « Les faits particuliers, c'est-à-dire les histoires individuelles des maladies internes, tracées avec soin pendant leur cours entier ont été et seront à jamais les vrais fondements de toute doctrine solide; mais ces faits épars dans les écrits des anciens et des modernes, doivent être recueillis avec choix et avec un discernement qu'on ne peut acquérir qu'en s'exerçant soi-même dans le genre descriptif, et en se jugeant toujours avec sévérité. » (Pinel; *Nosog. philosop., introduction.*)

(2) « Une suite de l'art d'observer les symptômes, dit l'illustre auteur de

Ce que nous disons ici est parfaitement et presque littéralement conforme à ce que nous lisons dans le passage suivant d'un savant observateur moderne (M. Louis) : « Il « n'est pas hors de propos, je pense, de faire remarquer ici « qu'on ne saurait s'appuyer de l'autorité des anciens dans « les questions relatives au siége des maladies, vu que ces « questions ne peuvent être éclairées que par la compa- « raison des symptômes avec les lésions, et que les anciens « ignoraient l'anatomie pathologique. Il n'est pas vrai « non plus, comme on le dit trop souvent, que les faits « ne vieillissent pas. Sans doute, quelques faits bien obser- « vés ne vieillissent pas, et ne peuvent pas vieillir puis- « qu'ils sont bien observés, mais l'immense majorité des

---

« la *Nosographie philosophique*, c'est de faire un tableau net et précis de « leur ensemble et de leur succession, c'est-à-dire du cours entier d'une « maladie individuelle quelconque, sans rien omettre d'important, sans « rien ajouter de superflu, et en cherchant toujours à se rapprocher d'un « modèle idéal qu'on ne pourra peut-être jamais atteindre. Dans quel « éloignement prodigieux ne se trouvent point placées la plupart des ob- « servations particulières qu'on nous a transmises ou qu'on publie encore! « Le fondateur de la médecine a sans doute fixé (1er et 3e livres *des Épi- « démies*) la marche à suivre dans cette méthode descriptive, du moins « pour les maladies aiguës ; mais l'étude comparative des sciences physi- « ques et leurs perfectionnements modernes permettent-ils de s'arrêter à « ce terme? »

De son côté, le célèbre auteur de l'*Histoire des phlegmasies chroniques* s'exprime ainsi dans la préface de cet ouvrage: « Tant que l'art d'exposer « les phénomènes des maladies n'aura point acquis cette perfection, qui « peut-être se lie à celle de la science, celui qui voudra étendre ses idées « sur un genre quelconque d'affections pathologiques se verra forcé de « remonter à la source première, et de recueillir lui-même les faits que la « nature, toujours uniforme dans ses opérations, ne cesse jamais de nous « représenter. »

Malgré les immenses progrès qu'il a faits, depuis l'époque à laquelle parut pour la première fois le beau Traité que nous venons de citer, l'art d'observer n'a pas encore atteint toute sa perfection, et il faudra longtemps encore remonter à la source première, et relire le grand livre de la nature.

« faits à vieilli et ceux que nous recueillons aujourd'hui « vieilliront à leur tour, car ils porteront plus ou moins « l'empreinte du temps, de ses méthodes plus exactes « qu'à des époques antérieures, et moins rigoureuses que « dans celles qui nous suivront. Il importe que ceux qui « se livrent à l'observation soient convaincus de cette vé- « rité et se rappellent souvent que le meilleur ouvrage n'est « bon que relativement à l'époque où il paraît, qu'il en « attend un autre plus exact et plus complet. »

Pour qu'une observation particulière soit bien faite, il faut qu'elle soit une exacte et fidèle représentation, une sorte de portrait de l'état du sujet aux différentes périodes de la maladie, simple ou compliquée, dont il a été affecté.

Mais le médecin n'est pas seulement peintre, il est historien, et doit par conséquent retracer tous les évènements, toutes les circonstances qui ont modifié le malade, avant et pendant la maladie, circonstances très multipliées sur lesquelles nous reviendrons plus loin, en traitant des causes, du traitement, etc.

Sydenham a beaucoup insisté sur la nécessité de ne rien négliger à cet égard, pas même les plus minces détails, de même, dit-il, qu'un habile peintre conserve dans son tableau les taches et les macules de l'original. Il en est de même de tous les auteurs qui ont marché sur les traces de ce grand peintre, de ce profond historien des maladies. Mais, jusqu'à ces derniers temps, la description exacte, si vivement recommandée par les médecins hippocratistes, ne portait guère que sur les symptômes extérieurs, comme on peut s'en convaincre en lisant le plus illustre de nos classiques en médecine :

« J'ai vivement senti en tout temps, et je sens chaque « jour davantage, combien il importe, à l'exemple des « naturalistes, de cultiver la science des signes, de se

« former sans cesse à bien saisir les *caractères extérieurs*
« *des maladies internes*, et d'être toujours en garde
« dans les cas difficiles contre l'illusion et l'erreur. Il est
« bien reconnu, en effet, depuis la plus haute antiquité,
« que les maladies internes portent, chacune à leur ma-
« nière, sur diverses fonctions organiques, une atteinte
« passagère ou durable ; qu'elles se marquent au dehors
« par des changements qu'un œil exercé apprend à saisir,
« et dont on trouve le recensement général dans tous les
« ouvrages de séméiotique anciens et modernes ; mais, les
« *symptômes considérés comme des caractères distinctifs*
« *des maladies, et propres à servir à les classifier, en*
« *rendant évidentes leurs conformités générales et leurs*
« *différences*, doivent être étudiés d'une manière parti-
« culière, en s'arrêtant toujours à propos, et sans aller
« se perdre dans des raisonnements vagues sur des objets
« que l'entendement humain ne peut pénétrer..... Une
« observation attentive et constamment répétée ne porte-
« t-elle point à faire envisager les maladies comme des
« changements passagers, plus ou moins durables, dans
« les fonctions de la vie, et *manifestés par des signes*
« *extérieurs* avec une constante uniformité pour les traits
« principaux, et des variétés innombrables pour les traits
« accessoires? *Ces signes extérieurs*, pris de l'état du
« pouls, de la chaleur, de la respiration, des fonctions
« de l'entendement, de l'altération des traits du visage,
« des affections nerveuses ou spasmodiques, de la lésion
« des appétits naturels, etc., *forment, par leurs diverses*
« *combinaisons, des tableaux détachés, plus ou moins*
« *distincts ou fortement prononcés*, suivant qu'on a la
« vue plus ou moins exercée, et qu'on a fait des études
« profondes ou superficielles. Ces changements internes,
« connus par leur opposition avec l'état de santé, et liés
« intimement avec *des signes sensibles*, se dessinent avec

« tant de régularité, quoiqu'avec des formes variées, se
« sont si souvent reproduits, et ont été décrits avec tant
« d'exactitude, que, dans l'exercice de la médecine, on
« peut à peine trouver une maladie qu'un homme instruit
« et judicieux ne puisse déterminer, et dont une maladie
« analogue ne soit consignée dans quelque ouvrage.

« Sous ce point de vue, la maladie doit être considérée,
« non comme un tableau sans cesse mobile, comme un
« assemblage incohérent d'affections renaissantes qu'il
« faut sans cesse combattre par des remèdes, mais comme
« un tout indivisible depuis son début jusqu'à sa termi-
« naison, un ensemble régulier de symptômes caracté-
« ristiques et une succession de périodes, avec une ten-
« dance de la nature, le plus souvent favorable et quel-
« quefois funeste. Hommage éternel soit rendu au génie
« observateur d'Hippocrate, qui a tracé des histoires
« semblables avec autant de vérité que de laconisme et
« de profondeur, qui a ouvert depuis plus de vingt siècles
« la vraie carrière de l'observation, ainsi que de la mé-
« thode descriptive, et qui, comme pour nous défendre
« d'une admiration superstitieuse pour ses écrits, a
« transmis par là les moyens de les rectifier lorsqu'ils
« sont fautifs, et d'étendre les connaissances qu'il a lais-
« sées encore incomplètes!

« Pourquoi a-t-on mis si souvent en oubli la pureté du
« goût d'Hippocrate, son éloignement pour toute théorie
« vaine, pour toute explication frivole, sa marche phi-
« losophique si digne d'être suivie, si rarement prise pour
« modèle? Quelle stérile profusion d'écrits publiés, de-
« puis Galien jusqu'à nous, *sur les désordres produits par*
« *la bile, la pituite, le sang, l'atrabile, comme si ces*
« *fluides jouaient un rôle actif pour nous tourmenter et*
« *nous perdre! Que de théories vaines et dégoûtantes sur*
« *les amas impurs des premières voies, sur la saburre,*

« *les saletés gastriques, les humeurs putrides, le sang dis-*
« *sous*, *et* AUTRES JEUX FRIVOLES DE L'IMAGINATION, qui
« ont passé de la poussière des écoles dans le langage fa-
« milier, et qu'on retrouve même dans des ouvrages où
« brille d'ailleurs le vrai talent de l'observation.» (Pinel; *ouv.cit.*, *introd.*, pag. v et suiv.; 6[e] édit.).

Voilà quelle était la doctrine médicale du commencement de ce siècle; voilà comment le plus grand représentant de cette époque médicale comprenait la description des maladies internes en général, et leur classification. On le voit, la description doit porter sur les *signes extérieurs, pris de l'état du pouls, de la chaleur*, etc., et la classification doit avoir pour base ces signes extérieurs. Pinel ne veut pas que les signes extérieurs soient pris de l'état des fluides, considérant comme *des jeux frivoles de l'imagination*, *comme des théories vaines et dégoûtantes*, *ce qu'on a écrit sur les humeurs putrides*, *le sang dissous*, *la saburre*, *les saletés gastriques*.

A Dieu ne plaise que nous fassions un grave reproche à Pinel de ses sarcasmes éloquents contre les idées humorales auxquelles il fait allusion dans le passage que nous venons de citer, ni que nous le blâmions de l'importance trop exclusive qu'il attachait à ce qu'il appelle les *signes extérieurs ou sensibles des maladies*, *et d'avoir considéré ces signes ou symptômes comme des caractères distinctifs des maladies*, *des caractères propres à servir à les classifier!* Ce serait rendre ce célèbre nosographe coupable des erreurs de l'époque médicale où il régnait. Je veux uniquement constater un fait, savoir qu'à cette époque, les altérations des solides et surtout celles des liquides, les caractères anatomiques des maladies internes, en un mot, n'étaient pas placés en première ligne comme éléments d'une classification nosologique, qu'ils n'étaient pas même mentionnés alors dans l'exposition d'une doctrine géné-

rale des maladies , et que l'étude ou la science des signes extérieurs, comme du temps de Sydenham et d'Hippocrate lui-même, avait en quelque sorte le pas sur toutes les autres parties de la médecine.

Malgré les immortels travaux de Morgagni, malgré l'impulsion anatomico-physiologique que Bichat et son école avaient imprimée à la médecine, et que Pinel lui-même a la gloire d'avoir suivie dans quelques parties de sa nosographie, les temps n'étaient pas encore venus où l'on donnerait, pour ainsi dire, un corps aux maladies, en les rattachant aux organes, en les *localisant* en un mot (1). Cette grande ère, préparée depuis longtemps, ne luit enfin dans tout son jour et ne brilla de tout son éclat, qu'à l'époque où l'auteur des *Phlegmasies chroniques* s'empara du sceptre de la médecine que le vieux Pinel avait si longtemps porté avec gloire, mais dont il ne pouvait plus soutenir le poids. Cette nouvelle ère date de 1816 où parut le fameux *Examen de la doctrine médicale généralement adoptée*, avec cette épigraphe tirée de Bichat :

---

(1) Nous recommandons à l'attention du lecteur ce beau passage de Bichat : « Combien sont petits les raisonnements d'une foule de médecins « grands dans l'opinion, quand on les examine , non dans leurs livres, « mais sur le cadavre! La médecine fut longtemps repoussée du sein des « sciences exactes : elle aura droit de leur être associée, au moins pour le « diagnostic des maladies, quand on aura partout uni à la rigoureuse ob- « servation l'examen des altérations qu'éprouvent nos organes. Cette di- « rection commence à être celle de tous les esprits raisonnables ; elle sera « sans doute bientôt générale. Qu'est l'observation, si on ignore là où siège « le mal ? Vous auriez , pendant vingt ans , pris , du matin au soir , des « notes au lit des malades , sur les affections du cœur , du poumon , des « viscères gastriques, etc., que tout ne sera pour vous que confusion dans « les symptômes qui , ne se ralliant à rien , vous offriront nécessairement « une suite de phénomènes incohérents. Ouvrez quelques cadavres , « vous verrez aussitôt disparaître l'obscurité , que jamais la seule observa- « tion n'aurait pu dissiper. « (*Anat. génér.*, t. Ier, *préf.* pag. xij.)

qu'est l'observation, si l'on ignore là où siège le mal?

Le passage suivant de la préface de cette sorte d'évangile de la nouvelle foi médicale, en fera connaître le principe fondamental. « Les traits caractéristiques des « maladies, dit M. Broussais, doivent être puisés dans la « physiologie : formez un tableau aussi vrai qu'animé du « malheureux livré aux angoisses de la douleur; débrouillez-moi par une savante analyse, les cris souvent confus des organes souffrants; faites moi connaître leurs « influences réciproques; dirigez habilement mon attention vers le douloureux mobile du désordre universel « qui frappe mes sens, afin que j'aille y porter avec sécurité le baume consolateur qui doit terminer cette « scène déchirante, alors j'avouerai que vous êtes un « homme de génie; mais tant que vous vous bornerez à « rassembler quelques traits saillants des désordres pathologiques; tant que vous me défendrez de vérifier, « par des rapprochements physiologiques, la vérité de « toutes ces abstractions; tant que vous n'aurez point « rallié les désordres les plus violents aux lésions les moins « prononcées, et même au degré d'action de chaque viscère, qui constitue l'état de parfaite santé, je dirai que « vous n'avez point compris l'énigme de la nature vivante, « et vos déclamations ne me feront pas plus d'effet que « les cris de vos aveugles partisans. »

A dater de l'*Examen*, la médecine se rallie décidément à l'anatomie et à la physiologie, et comme pour symbole de cette légitime et féconde alliance, M. Broussais, ainsi que nous l'avons déjà noté précédemment, donne définitivement à la science qu'il a réformée le nom de *Médecine physiologique ;* je dis définitivement, car déjà dans l'*Histoire des phlegmasies chroniques*, on trouve cette dénomination.

§ II. *Formule générale pour la collection des observations.*

1° FORMULE DE PINEL.

« Pour recueillir l'histoire d'une maladie, on a deux « objets à remplir : l'un est relatif à l'entrée du malade à « l'hôpital, l'autre se borne à rendre compte, jour par « jour, de la marche et des progrès de la maladie.

« I. Les recherches à faire auprès d'un malade que l'on « voit pour la première fois peuvent se réduire à ces trois « points de division :

« *A*. Décrire l'état actuel, en notant, 1° les symptômes « qui frappent les sens, 2° les douleurs qu'éprouve le ma- « lade, l'analyse successive de l'état des diverses fonc- « tions.

« *B*. Remonter à l'origine de la maladie, afin de com- « parer l'état actuel avec l'état antérieur ; pour cela on « s'informera, 1° du caractère particulier de l'invasion, « 2° des symptômes qui se sont manifestés depuis l'invasion, « 3° de l'époque de la manifestation des symptômes actuels, « 4° des médicaments déjà administrés.

« *C*. Rechercher les causes excitantes et prédisposantes : « on les trouvera, 1° dans la profession et la manière de « vivre du malade, 2° dans les accidents antérieurs à « la maladie présente, dans l'état précédent de santé ; « 3° quelquefois dans les maladies auxquelles ont été « sujets les parents du malade.

« Mais on peut aller au but d'une manière bien plus « directe et plus simple : si le malade jouit de sa raison, on « lui demande d'abord les douleurs et les affections qu'il « éprouve ; et s'il est dans le délire ou privé des fonctions « de ses sens, on prend des informations de ceux qui « l'environnent. On pressent dès lors si le siége de la ma- « ladie est dans la tête, la poitrine, ou l'abdomen, et on

« dirige sur ce premier point de vue une série directe de « questions plus approfondies. On examine ensuite l'état « et les diverses lésions des fonctions, soit de celles qu'on « appelle vie animale, comme l'entendement, les sens, le « mouvement musculaire; soit de la vie organique, comme « la digestion, la circulation, les sécrétions. On cherche « à distinguer les affections locales de celles qui sont « sympathiques; et l'on remonte aux symptômes qui ont « précédé, ainsi qu'aux causes occasionelles, si la ma- « ladie est difficile à connaître.

« II. Pour rendre compte, jour pour jour, des progrès « de la maladie, il reste moins à faire : 1° l'on indique si « les symptômes majeurs ont augmenté ou diminué, ou « s'ils sont les mêmes ; 2° on fait connaître les nouveaux « symptômes qui se sont montrés ; 3° on note l'état des « sécrétions relativement aux trois périodes de la maladie ; « 4° on apprécie l'effet des médicaments ; 5° on fixe, au « déclin, l'époque de la convalescence et les préceptes du « régime (1).

---

(1) « Je ne fais que proposer à l'homme qui est avide d'une instruction « solide, ajoute Pinel, la marche générale de l'esprit humain. Il a devant « ses yeux les phénomènes d'une maladie qu'il observe; c'est-à-dire, « 1° qu'il a des perceptions à l'occasion des impressions faites sur ses sens : « c'est ce qu'on appelle la *sensibilité*; 2° il a des perceptions à l'occasion « des impressions passées, soit qu'elles viennent de lui ou des autres, pour « lui servir de terme de comparaison : c'est le *jugement*; 3° il réunit ces « différentes perceptions acquises et variées pendant une suite de jours, « et c'est ainsi que de la connaissance de l'ensemble et de la succession « des symptômes, il se forme l'histoire particulière d'une maladie déter- « minée; 4° enfin, il tire quelquefois, en rapprochant plusieurs de ces his- « toires, des idées abstraites et générales comme l'a fait, par exemple, « Hippocrate dans ses *aphorismes*, et comme l'ont fait presque tous les « médecins observateurs dans leurs écrits. Ce sont là, à proprement parler, « l'analyse et la synthèse appliquées à la clinique. » (Pinel, *Médecine cliniq.*, page. 7, 6e édition).

M. Broussais n'a point *formulé*, d'une manière spéciale, l'art de

La formule indiquée par l'illustre auteur de la *Nosographie philosophique* est évidemment très incomplète : par exemple, une remarque qui n'aura point échappé au lec-

---

recueillir les faits particuliers; mais dans son *Histoire des phlegmasies chroniques*, il a présenté sur ce sujet d'excellentes réflexions qui doivent trouver place ici.

« L'observateur scrupuleux ne saurait se dispenser de tracer isolément « l'histoire complète des maladies, jusqu'à ce qu'il croie avoir passé en « revue la très grande majorité des cas.

« En recommandant des histoires complètes, nous entendons que cette « expression soit prise dans son acception la plus étendue. Toute maladie « a deux terminaisons possibles : ainsi, lorsque les efforts du médecin « n'auront pas été couronnés du succès désiré, il ne pourra regarder « l'observation comme terminée qu'autant qu'il aura suivi la maladie jus- « qu'à la dissolution de l'organisme; je dis jusqu'à la dissolution, car il « n'est point d'affection pathologique qui ne puisse imprimer une modi- « fication particulière au phénomène qui restitue nos corps aux lois de la « matière inorganique. *Si les cadavres nous ont paru quelquefois muets*, « *c'est que nous ignorions l'art de les interroger.* En comparant *souvent*, « après la mort, l'état des organes avec les symptômes qui ont prédominé « durant la vie, on apprend à rapporter ceux-ci à leur véritable source, à « distinguer les altérations d'action purement sympathiques d'avec celles « qui sont dues à la lésion idiopathique d'un appareil; on rectifie les faux « jugements qu'on a portés; on s'habitue à devenir circonspect; on s'exerce « à distinguer l'influence des agents extérieurs d'avec ce qui tient essen- « tiellement à la succession régulière des phénomènes morbides; en un « mot, on se perfectionne dans toutes les branches de la médecine phy- « siologique.

« Si pendant un certain nombre d'années, le médecin ne suit pas la « route que nous venons de tracer; si, content d'observer en détail, au « moment de ses visites, il ne recueille que des notes générales; s'il borne « sa curiosité anatomique à l'examen des cas extraordinaires, ou de ceux « qui lui paraîtront incertains, il n'échappera point à l'erreur. . . . .

« Toutes les circonstances dont nous exigeons le concours pour former « un bon observateur ne peuvent se réunir que dans les hôpitaux. . . . « C'est donc aux médecins d'hôpitaux qu'est imposée plus particulière- « ment la tâche pénible de reculer les bornes de l'art de guérir. . . . .

Un peu plus loin (*introduction*, page v), on lit : « Il fallait pour que

teur, c'est que la formule dont il s'agit ne fait aucune mention des recherches d'anatomie pathologique, dans les cas où la maladie se termine d'une manière funeste. Au reste, l'art d'observer s'est tellement perfectionné depuis une vingtaine d'années, qu'il n'est pas étonnant que, sous plusieurs rapports, les règles exposées par Pinel laissent beaucoup à désirer. Nous allons essayer de donner ci-dessous une formule propre à satisfaire aux conditions essentielles du problème qui nous occupe.

2° FORMULE NOUVELLE.

Pour qu'une observation particulière soit complète et méthodique, elle doit embrasser les objets suivants :

« cette matière (les maladies chroniques) fut présentée dans un jour lu« mineux, qu'un médecin d'hôpital s'imposât la tâche pénible de recueil« lir et de rédiger lui-même des histoires de maladies. Afin que ces « histoires fussent complètes, il était indispensable qu'il suivît les progrès « du mal jusqu'à sa terminaison, et qu'il les constatât, d'une manière po« sitive, en s'assurant que la santé persistait, ou en faisant l'autopsie du « cadavre. Ce travail ne devait point être confié à des élèves, parce que « l'art d'observer est difficile, et que chaque auteur porte dans sa rédac« tion ses vues et ses principes particuliers, et interprète la nature dif» féremment. Il me semblait aussi que le médecin le plus heureusement « organisé n'avait pas trop de toutes ses facultés pour interroger tous les « symptômes d'une longue maladie; je me persuadai même que ce n'était « qu'à force de répéter ces interrogations qu'il s'habituait au langage « de la nature souffrante, qu'il assurait la marche sévère et uniforme de « la médecine d'observation, qu'il pouvait en épurer la doctrine, l'é« tendre, la faire mieux apprécier, et concourir aux progrès de la science « de l'homme en perfectionnant l'art de guérir ses nombreuses infirmités.

« Je sentis qu'un travail aussi parfait ne pouvait sortir que des mains « d'un professeur de clinique d'une haute capacité, d'un zèle infatigable, « et assez dévoué à la science pour lui sacrifier des moments qui sont le « plus souvent employés d'une manière toute différente, par les praticiens « d'une grande réputation. . . . . »

PREMIÈRE PARTIE

Ou protocole de l'observation.

Indiquer le nom, l'âge, le sexe, la constitution, le lieu de naissance, le domicile actuel du malade, le jour d'entrée à l'hôpital, le nom et le numéro de la salle.

Toutes ces circonstances ont leur degré d'utilité. L'âge, par exemple, est d'une grande importance, puisque toutes les maladies ne sont pas également fréquentes, également graves aux divers âges de la vie, puisque le traitement doit être modifié suivant les divers âges. Ce que nous disons de l'âge est applicable à la constitution, au sexe, etc. Enfin, la connaissance du domicile elle-même est quelquefois une donnée qui nous éclaire sur la cause du mal, etc., etc.

SECONDE PARTIE.

Description de l'état antérieur.

On s'informe auprès du malade, et, en cas de besoin, auprès des personnes qui le connaissent particulièrement, de son état habituel de santé antérieurement à la maladie présente, et même dans quelques cas, des maladies de ses parents, tant ascendants que descendants. Lorsqu'on aura recueilli les détails convenables à ce sujet, l'interrogatoire aura pour objet tout ce qui s'est passé relativement à la maladie actuelle, avant que le malade ne fut soumis à l'observation du médecin. Il ne faut rien négliger pour bien fixer l'époque précise et le mode d'invasion de la maladie ; pour savoir sous quelles influences celle-ci s'est développée ; quels ont été les divers symptômes que le malade a éprouvés ; quels moyens thérapeutiques ont été mis en usage ; quel a été le régime. Cette partie de l'observation est très délicate, et il peut s'y glisser de grandes erreurs,

si le médecin n'est pas profondément versé dans l'art d'interroger, et si le malade est doué de peu d'intelligence, ou qu'il cherche à tromper le médecin, ce qui n'est pas rare. Pour bien s'acquitter de cette partie de sa tâche, il ne suffit pas à l'observateur d'être doué d'une grande habitude et d'une aptitude convenable, il faut encore qu'il y apporte une bonne foi à toute épreuve, un esprit dégagé de toute prévention. Sans cela, il pourrait passer sous silence une circonstance importante, ou faire ressortir une circonstance futile, insignifiante, selon qu'elle s'accorderait ou non avec une théorie qu'il aurait adoptée. Sydenham a dit à ce sujet, en parlant de l'influence de l'esprit de prévention dans la description des maladies : *Adde quod si quando symptoma aliquod, quod cum dictâ hypothesi appositè quadret, revera morbo competat, cujus typum delineaturi sunt, tum illud supra modum evehunt, ac plane reddunt εχ μυος ελεφαντα, quasi in hoc scilicet totius negotii cardo verteretur : sin hypothesi minus congruat, aut prorsus silentio, aut levi saltem pede transmittere consueverunt, nisi fortè beneficio subtilitatis alicujus philosophiæ in ordinem cogi, ac quoquo modo accommodari possit.*

Voici un exemple à l'appui de ce qui précède (si ce n'est qu'il s'agit ici non d'un *symptôme* comme dans le passage de Sydenham, mais d'une *cause*). Un observateur très distingué, qui professe que la phthisie pulmonaire n'est point, comme on l'a soutenu, le résultat fréquent de catarrhe chronique ou de rhume négligé, cet observateur, dis-je, demandait, à plusieurs reprises, à un phthisique, s'il était sujet à s'enrhumer ; celui-ci répondant constamment par l'affirmative, l'observateur lui ferma la bouche en lui disant malignement : *vous faites une théorie !* Il est clair que, dans ce cas, si quelqu'un faisait une *théorie*, ce n'était pas le pauvre malade, et que

c'était bien là une confirmation de la remarque faite plus haut par Sydenham : *Il fallait passer sous silence un fait qui ne s'accordait pas avec le système adopté*, CUM DICTA HYPOTHESI.

TROISIÈME PARTIE.

Description ou tableau de l'état actuel du malade.

Lorsque l'observateur a épuisé la série de questions nécessaires pour constater aussi exactement que possible tout ce qui s'est passé avant que le malade ne fut soumis à son examen, il doit offrir l'exposition fidèle de l'état présent de la maladie. Pour y parvenir, il doit recourir aux divers modes d'exploration que la science possède, tels que nous les avons indiqués précédemment, nous réservant d'y revenir encore, en traitant des signes et du diagnostic des maladies.

L'ordre à suivre dans la description de l'état du malade n'est pas une chose entièrement indifférente ou arbitraire; la méthode est, en effet, le suprême régulateur de toutes choses.

Dans les cas où, dès la première vue du malade, et d'après la connaissance des antécédents, on sait déjà quel est le siége de la maladie et même quelle en est la nature, il est assez convenable de commencer la description par l'exposé des symptômes divers que fournit l'appareil ou l'organe affecté. Dans les cas contraires, plus rares peut-être que les précédents, quand il s'agit de graves maladies, on explore d'abord les principaux appareils, et particulièrement les deux grands appareils ou systèmes de l'innervation et de la circulation.

Au reste, quelque soit l'appareil par lequel on commence la description de l'état d'un malade, une règle dont il ne faut en général jamais s'écarter, c'est de ne procéder à l'exploration d'un autre appareil qu'après

avoir recueilli tout ce qui est relatif aux divers changements qui se sont opérés dans le premier. Supposons, par exemple, qu'on ait débuté par l'appareil respiratoire, il faudra décrire tous les symptômes fournis par la percussion, l'auscultation, le nombre et le rhythme des mouvements respiratoires, la mensuration, l'application de la main sur les parois du thorax quand le malade parle, l'inspection attentive de la forme et du volume de cette cavité, l'examen des crachats, etc. Il est bien entendu qu'on n'oubliera pas non plus d'adresser au malade toutes les questions nécessaires pour savoir s'il éprouve de la douleur dans quelque point de la poitrine, et quel est le caractère de cette douleur, s'il se couche plus facilement sur un côté que sur l'autre, etc.

Je ne pourrais entrer ici dans de plus amples détails, sans anticiper sur ce qui sera indiqué dans nos généralités sur les symptômes et le diagnostic. Je termine donc en disant que l'on ne saurait apporter trop de précision dans l'exposition des phénomènes, et comme les sources dans lesquelles on puise aujourd'hui les signes des maladies, se sont singulièrement agrandies et multipliées, il en résulte que cette exposition est bien plus longue qu'elle ne l'était dans les anciennes observations. C'est pour n'avoir pas suffisamment exploré les malades, que les anciens observateurs ont méconnu tant d'affections que nous diagnostiquons à merveille aujourd'hui. Chaque jour on arrive par l'application de nouvelles méthodes d'observation, ou par un emploi plus large des méthodes connues, à la découverte de nouveaux faits. C'est ainsi que tout récemment j'ai trouvé le fait important de la coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu, coïncidence dont j'ai tâché de donner la loi dans un autre ouvrage.

Lorsqu'on a bien décrit les signes locaux et généraux

que présente le malade, il faut poser le *diagnostic*, prescrire un *traitement* et porter un pronostic. On procède à ces trois opérations avec toute la sagesse et la circonspection convenables.

QUATRIÈME PARTIE.

Description du cours de la maladie, ou exposition des changements qui surviennent dans l'état du malade, pendant le temps qui s'écoule depuis le jour de l'entrée jusqu'à la terminaison par la guérison ou par la mort.

Cette partie de l'observation n'est en quelque sorte qu'une répétition journalière de la précédente; c'est-à-dire que chaque jour, une fois au moins et quelque fois plus, il faut décrire exactement l'état du malade et le comparer à celui de la veille. Il faut que toutes les modifications un peu importantes qui surviennent chaque jour soient exactement notées, et que les divers moyens thérapeutiques employés soient indiqués avec la plus fidèle exactitude. On ne négligera pas en particulier, comme on l'a fait trop généralement jusqu'ici, les signes fournis par l'examen des liquides, tels que le sang, les urines, les sueurs, la salive, etc. L'examen assidu que nous en avons fait depuis quatre ans, nous a fourni des résultats aussi variés qu'intéressants, dont nous aurons soin de parler ailleurs.

Si cette partie de l'observation n'est pas recueillie avec toute l'attention nécessaire, avec le soin le plus scrupuleux, on est exposé à commettre les plus graves erreurs dans l'intreprétation et l'analyse des faits. C'est ainsi, par exemple, que certains malades, à l'insu du médecin, ne prennent pas les médicaments qu'il a prescrits. Or, l'ignorance de cette circonstance si importante, fait que souvent on attribue au traitement des résultats qui en

sont entièrement indépendants, et qui quelquefois même sont opposés à ceux qu'on aurait observés, si les médicaments eussent été pris. Il est donc bien nécessaire de ne conclure sur la valeur de telle ou telle méthode thérapeutique dans chaque cas particulier, qu'après s'être bien assuré que les prescriptions ont été religieusement exécutées, ce qui n'est pas toujours facile.

Tout ce que nous venons de dire des médications est applicable au régime. On sait assez combien il est fréquent, dans les hôpitaux surtout, de voir les malades transgresser les ordres du médecin, et combien de fois il arrive que cette transgression a lieu sans qu'il puisse en acquérir immédiatement la preuve, tant les malades et quelquefois aussi ceux qui les entourent sont habiles et ingénieux à tromper le médecin.

Il est bien essentiel aussi de fixer d'une manière précise l'époque de la convalescence et de la guérison. Sans cela, comment, en effet, déterminer rigoureusement la durée des maladies, question plus litigieuse aujourd'hui que jamais, depuis que de nouveaux faits ont permis de signaler tout ce qu'il y avait d'erroné dans son évaluation par des praticiens qui n'avaient pas assez réfléchi aux grandes différences que peuvent apporter dans cette durée les différentes méthodes thérapeutiques, et l'énergie plus ou moins grande avec laquelle une seule et même méthode est employée, etc.?

CINQUIÈME PARTIE.

Description des lésions anatomiques observées chez les malades qui succombent.

Cette partie fondamentale de toute histoire d'une maladie qui s'est terminée d'une manière funeste, est, comme on sait, une conquête de la médecine moderne sur celle des Grecs et des Romains. Dans ces derniers temps

surtout, cette partie de l'art d'observer s'est admirablement perfectionnée. Grâce aux heureux progrès que nous signalons, le temps n'est plus où, dans certaines maladies, celles des fièvres essentielles, par exemple, l'autopsie cadavérique ne faisait souvent découvrir aucune lésion. Ce temps n'est cependant pas très éloigné de nous, puisque, dans son *Traité des fièvres*, publié en 1821, c'est-à-dire à une époque où les belles recherches de Rœderer et Wagler, de Prost, de MM. Petit et Serres, et surtout la révolution pyrétologique faite par M. Broussais, ne permettaient guères de soutenir l'*essentialité* des fièvres, M. Chomel proclamait, comme nous l'avons vu précédemment (page 82), que chez un certain nombre de sujets on ne rencontrait aucune lésion.

La description des altérations trouvées sur le cadavre, sera faite avec le même soin que celle des symptômes observés pendant la vie. Pour qu'elle soit complète, il faut que les organes aient été scrutés avec toute l'attention nécessaire, que les lésions mécaniques, physiques et chimiques (j'entends par cette dernière expression, les lésions de structure et de composition) soient indiquées avec toute l'exactitude que comportent nos moyens actuels d'exploration. (*Voyez* dans la 3e partie de cet *Essai*, le chapitre consacré aux caractères anatomiques des maladies.)

L'ordre dans lequel on décrira les altérations des solides et des liquides sera, s'il est possible, le même que celui qui a présidé à la description des symptômes. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit plus haut à l'égard de ce dernier point (1).

---

(1) Aux cinq parties dont je viens de parler, j'aurais pu en ajouter une sixième, savoir, celle qui doit contenir les réflexions que suggère chaque cas particulier, considéré, soit en lui-même, soit par rapport à d'autres

CHAPITRE III.

DE L'ESPRIT THÉORIQUE, LOGIQUE ET SYSTÉMATIQUE APPLIQUÉ AUX FAITS DE LA MÉDECINE.

Il suffit de la moindre réflexion pour reconnaître que l'entendement humain s'applique aux faits de la médecine, conformément aux mêmes lois qu'il suit dans son application aux faits des autres sciences physiques. Oui, nous aimons à le répéter, à part les phénomènes *psycologiques*, dont nous faisons abstraction pour le moment, on procède dans l'étude des phénomènes de la médecine, absolument de la même manière que dans celle des sciences physiques proprement dites : la médecine, ainsi dégagée de son élément psycologique, n'est même réellement que la mécanique, la physique et la chimie de l'économie vivante (1).

---

cas ; mais je n'aurais pu traiter ici un pareil sujet, sans violer en quelque sorte l'ordre que je me suis imposé. En effet, je me suis proposé d'étudier successivement le rôle que jouent l'esprit d'observation et l'esprit d'interprétation, d'explication ou de théorie dans la construction de l'édifice médical. Or, il ne s'agit pour le moment que de la collection des faits et non de leur interprétation, de leur explication, de leur élaboration philosophique. Et comme les réflexions que l'on peut placer à la suite d'une observation sont les produits de ce dernier genre de travail intellectuel ou rationnel, c'eut été empiéter sur ce qui va être dit dans le chapitre suivant que d'en parler ici.

Au reste, je m'empresse de dire par anticipation que les réflexions, les *commentaires* dont on accompagne les faits particuliers, constituent une des conditions les plus essentielles de toute observation complète. En effet, de même que les masses de faits, si elles n'étaient fécondées et pour ainsi dire vivifiées par l'esprit philosophique, ne constitueraient pas un véritable corps de science, de même aussi une observation particulière ne doit pas, en général, faire partie d'une collection, dans l'état brut où elle a été recueillie et sans avoir été préalablement soumise au creuset de l'analyse rationnelle, et éclairée par la lumière d'une saine discussion.

(1) On pense bien qu'en considérant sous ce point de vue la science de

Or, s'il est bien vrai et universellement reconnu que, dans les sciences physiques proprement dites, les faits doivent être expliqués, interprétés, *théorisés*, on se demande comment il a pu se trouver en médecine des hommes qui, doués d'ailleurs des plus éminentes qualités intellectuelles, aient professé que les explications et les *théories* devaient être bannies de la médecine. Il en est cependant ainsi, et c'est pourquoi, avant d'aller plus loin dans le sujet qui nous occupe, nous devons consacrer quelques pages à l'examen de cette étrange doctrine.

ARTICLE PREMIER.

Examen critique des opinions de quelques-uns des adversaires des théories et des systèmes en Médecine.

§ I[er].

L'un des plus illustres médecins qui, dans ces derniers temps, se soient signalés par leurs attaques contre les théories et les systèmes en général, est l'auteur de l'*Auscultation médiate*. Cependant, ce profond observateur, entraîné lui-même par la commune loi, n'a pu résister à ce besoin *inné* d'expliquer et de *théoriser* les phénomènes observés ; et il faut avouer qu'il n'a pas toujours été heureux dans l'exercice de cette noble faculté de l'esprit. C'est ainsi, par exemple, que pour l'explication des plus simples phénomènes physiques, tels que les divers bruits du cœur et des artères, il a imaginé les hypothèses, les théories les plus anti-physiques, et qu'il s'est perdu, comme

---

l'homme physique, nous n'avons, en aucune façon, la prétention d'expliquer les *forces* ou *causes premières de la vie*. Nous les acceptons comme en physique on accepte les *causes premières de la gravitation*, *de l'affinité*, etc., et nous cherchons ensuite à connaître les phénomènes *observables* et les lois qui les régissent.

à plaisir, dans les espaces imaginaires d'un *vitalisme* qu'on ne saurait invoquer plus mal-à-propos. Ce n'était point ainsi que procédaient et les Newton et les Pascal, sur la grande autorité desquels M. Laënnec crut devoir s'appuyer dans le passage suivant de la dédicace latine de son ouvrage à ses très chers collègues, les professeurs de la faculté de médecine.

« Prima enim pars medicinæ diagnosis et anatomiæ « pathologicæ peritia, quibus ablatis therapeia andabatarum pugna foret, medicusque, oculis clausis, ancipiti « gladio, ENTIA RATIONIS, PHANTASIÆ scilicet fictiones « persequendo, vitam sœpiùs quàm morbum lacesseret. « Nullis aliis habenis retineri potest medicina intrà scien- « tiarum physicarum cancellos, quos quidem semper « transilierunt auctores, qui artem medicam hypothesi « cuilibet superstruere aggressi, *calidum aut frigidum*, « *siccum aut humidum, aliudve hujusce modi unum vel* « *duplex*, pro causâ morborum universali ponentes, « erraverunt et alios in errorem induxerunt. Ex quo, « cum Swieteniis, Stolliis, Halleris, occidit Boerhavia- « num sidus, apparuerunt denuò antiquæ noctis phantas- « mata, ASTHENIA, HYPERSTHENIA, STIMULUS, IRRITATIO, « aliæque CALIDI ET FRIGIDI hujusce modi propagines, « quas caveant medicinæ studiosi insudavi.... ».

Certainement, ce serait une grande erreur que de rapporter toutes les maladies au *froid et au chaud*, au *sec et à l'humide*, *à l'asthénie* et *à l'hypersthénie*, au *stimulus*, *à l'irritation*, etc. ; mais que conclure de là contre l'esprit de théorie, de généralisation et de classification, considéré d'une manière générale? Si ces théories sont mauvaises, c'est-à-dire en opposition avec les faits, il faut leur en substituer de meilleures ; si ces systèmes sont trop étroits, il faut les élargir ; si ces généralisations sont poussées trop loin, il faut les réduire à leurs justes limites ; si, comme

l'a dit heureusement M. Laënnec, quelques systématiques, imitateurs de Procuste, ont mutilé la science, pour qu'elle ne dépassât pas le lit qu'ils lui avaient dressé, il faut les mettre à la raison, et venger la médecine de cette sorte d'outrage, mais non proscrire l'esprit bien entendu de systématisation, ce qui serait une mutilation plus barbare encore que celle de nos Procustes médicaux.

Au reste, M. Laënnec convient lui-même qu'il est dans la nature de l'homme de lier les faits dont l'ensemble constitue une science; mais comme s'il craignait de trop accorder à l'esprit, dans le travail qui préside à la construction de l'édifice scientifique, il avilit à tel point les opérations sublimes par lesquelles l'esprit concourt à ce grand œuvre, qu'il les désigne sous le nom d'AMUSEMENTS. Ce fut donc un pur amusement de votre esprit, ô divin Newton, que la découverte de ce grand principe, qui régit, d'après des lois que vous avez formulées, tant de phénomènes, si divers en apparence. N'est-ce pas aussi une singulière distraction de la part de M. Laënnec, que d'avoir choisi pour adversaires de toute hypothèse et de tout système, les Haller, les Boerhaave et les Stoll, qui tous ont été les inventeurs d'hypothèses et de systèmes? On connaît le système de l'irritabilité *hallérienne*, l'hypothèse de Stoll sur l'influence de la bile et des saletés gastriques dans la production et le traitement des maladies, l'hypothèse de Boerhaave sur l'obstruction des vaisseaux dans l'inflammation, etc.

Parmi les hommes qui, de nos jours, ont attaqué l'esprit d'explication, et par suite, les systèmes et les classifications, fondés sur la nature des maladies, on distingue encore Bayle et M. Chomel. Voici comment s'exprime Bayle, dans son *Traité de la phthisie pulmonaire* : « Ne « prétendant donner aux autres aucune des connaissances « auxquelles il n'a pu parvenir lui-même, l'auteur n'a

« point cherché à expliquer comment la nature agit dans « la production de la phthisie. Il ignore la partie la plus « importante des lois qui régissent le corps humain, soit « en santé, soit en maladie; et quoi qu'il ait lu, à cet égard, « plusieurs écrits qui supposent beaucoup de talent dans « leurs auteurs, il n'a jamais su pénétrer des secrets que « *le tout-puissant paraît s'être réservés* (1).

« Mais on peut observer les signes des maladies, leurs « symptômes, leur marche, leurs transformations, leurs « effets, les causes occasionelles qui concourent à les « produire, les moyens qui favorisent leur guérison, et « ceux qui retardent leur issue, quand elle doit être fu- « neste.

« C'est à cette étude qu'il a cru devoir se borner : c'est « là que se sont arrêtés les médecins observateurs de tous « les siècles. Pourquoi aurait-il suivi une route différente « de celle qu'ont tracée Hippocrate, Arétée, Sydenham, « Morgagni, etc., dont les ouvrages ne renferment que » l'exposition des faits ?... L'estime et l'admiration réflé- « chie de ces grands modèles, semblent avoir porté l'école « de médecine de Paris à propager leur méthode avec « ardeur; et cette heureuse impulsion a déjà fait naître « plusieurs écrits précieux. Cette manière d'étudier la « nature, par l'examen des faits, présente des avantages « incalculables. *Il suffit d'avoir des yeux et de la patience « pour amasser des observations, et l'art de faire des « recherches en médecine est presque réduit à une sorte « de mécanisme* : il n'est point alors nécessaire d'avoir « un grand talent pour composer un ouvrage utile. »

(1) Cet argument est très pieux et très modeste, sans doute, mais il n'est pas heureusement placé. En effet, la production de la phthisie ne paraît pas devoir être mise au rang des secrets, déjà assez nombreux, *que le tout puissant s'est réservés*, tout en livrant aux disputes des philosophes les choses d'ici bas ; *deus tradidit mundum disputationibus philosophorum.*

Non, jamais, quoiqu'en disent Bayle et tous ceux de son école, les Hippocrate, les Sydenham et les Morgagni n'ont enseigné l'hérésie qu'on leur prête. Sans doute, ils ont accordé à l'observation toute la valeur qui lui est due en médecine ; mais ils n'ont jamais pu penser qu'il suffit d'avoir des yeux et de la patience pour être un observateur complet. Ils savaient bien que rassembler des faits, c'est recueillir les matières premières des sciences dites d'observation ; mais ils n'ignoraient pas non plus que ces matériaux réclamaient un travail particulier, une *main-d'œuvre* pour être employés à la construction de l'édifice scientifique, et assurément ce ne sont pas les *yeux* qui pouvaient exécuter ce travail.

Ce n'était pas tout-à-fait le langage de Bayle que tenait, deux ans auparavant, l'auteur de l'*Histoire des phlegmasies chroniques*.

« La médecine, disait-il, ne s'enrichit que par les faits : « fournir de nouveaux faits, ce serait donc fournir de « nouvelles lumières... Mais lorsqu'il est difficile d'en « produire qui n'aient point été relatés par quelque obser-« vateur, c'est à les rapprocher que le médecin, jaloux « de s'acquitter envers l'humanité, doit s'occuper.

» Les faits seront stériles, lorsqu'ils seront entassés sans « ordre, ou rapprochés sans motifs. Mais si vous les dis-« posez d'après leur degré d'analogie ; si vous les interro-« gez séparément, à l'imitation de l'immortel Morgagni, « si vous les forcez de se prêter une lumière mutuelle, « vos yeux seront bientôt frappés d'un jour inattendu, « et vous verrez s'agrandir l'horizon de la science.

» Les observateurs de l'homme seront-ils donc toujours « les seuls qui ne sachent pas observer ? Ne cesseront-ils « point de mériter ce reproche humiliant qui retentit « aujourd'hui jusque dans nos écoles : *toute théorie devient* « *inutile dans la pratique* ? Médecins, qui vous frappez

« vous-mêmes avec les armes de vos adversaires, con-
« damnez, j'y consens, les vaines hypothèses et les fan-
« tômes monstrueux de l'imagination ; mais ne les con-
« fondez pas avec la véritable théorie ; que la théorie soit
« pour vous ce qu'elle est pour les autres sciences, *le ré-*
« *sultat des faits réduit en principe* ; observez bien, rap-
« prochez avec habileté, concluez avec justesse, et vous
« aurez une théorie qui ne vous abandonnera point au lit
« des malades, et que vous respecterez sans doute, puis-
« que chacun de vous aura su l'enrichir et la perfection-
« ner (1). »

Dans l'avertissement de la seconde édition de sa pathologie générale, publiée en 1824, M. Chomel déclare « que
« ceux qui voient dans la médecine une science spécula-
« tive, et dans les systèmes qui se succèdent autant de ré-
« volutions qui en renversent complétement les bases et les
« préceptes, seront surpris de trouver aussi peu de chan-
« gements dans un ouvrage dont la première édition est
« antérieure à la théorie de l'irritation. Mais ceux qui
« restent encore convaincus que la médecine est une

(1) C'est en procédant de la sorte que M. Broussais rallia la phthisie pulmonaire à la grande classe des *phlegmasies chroniques*. Il parvint ainsi (ce que Bayle ne put faire deux ans plus tard) à pénétrer *un de ces secrets que le tout-puissant paraît s'être réservés*. Il n'expliqua pas, sans doute, le mécanisme intime suivant lequel la *nature agit dans la production de la phthisie*, mais il démontra comment, certaines conditions étant données, la tuberculisation des poumons était le résultat des phlegmasies prolongées ou chroniques des poumons, ajoutant que *cette* « manière de voir, ou, si « l'on veut, cette *théorie*, ne saurait être fausse, puisqu'elle est unique-
« ment fondée sur le rapprochement des faits les plus généralement
« connus et les plus faciles à vérifier. » Cette théorie, je le sais, est pourtant encore de nos jours considérée comme fausse par M. Louis, héritier de la théorie de Bayle et de M. Laënnec. Reste à juger si ce n'est pas cette dernière qui est réellement entachée de fausseté, et cela n'est plus une question pour nous.

« science de faits, et qu'elle ne reconnaît d'autres fonde-
« ments que l'observation, l'expérience et le raisonnement
« simple et naturel ; que les *systèmes* lui sont étrangers ;
« ceux-là seront peu étonnés de retrouver à peu près,
« dans cette seconde édition, tout ce qu'ils ont trouvé dans
« la première (1). »

Au reste, M. Chomel ne paraît pas avoir beaucoup réfléchi à la question de la classification des maladies d'après leur nature, car dans le chapitre qu'il a consacré à l'étude de la *nature* des maladies, il a ramené cette grande question philosophique à une simple question de solidisme ou d'humorisme ; confondant ainsi le *siége* des maladies avec leur *nature*. Suivant lui, d'ailleurs, tous les systèmes, y compris celui de l'*irritation*, reposent sur de pures hypothèses (2).

Il ne faut pas croire cependant que M. Chomel ait été toujours fidèle aux principes exposés ci-dessus, dans le cours de sa carrière médicale. Cela était impossible, car on ne saurait longtemps se conformer à des doctrines qui sont contre la *nature même* des *choses*. M. Chomel est auteur d'une *Pathologie générale*, c'est-à-dire d'un ouvrage qui n'est au fond qu'une longue suite d'abstractions, de généralisations et d'inductions. Or, comment un auteur de ce genre pourrait-il, en conscience, proscrire de la médecine, l'es-

---

(1) M. Chomel dit que sa doctrine est celle de son illustre maître, Pinel ; comme si ce grand médecin n'avait pas proclamé que *la simplification des principes de la science, et l'art de pouvoir en former un ensemble* (c'est-à-dire un système) *régulier, ont été l'objet constant des vœux des vrais observateurs.*

(2) La philosophie de M. Chomel est que les *causes* varient comme les effets qui tombent sous nos sens. Telle n'était pas, il est vrai, la philosophie des Newton, des Bichat, des Laplace, qui enseignaient, au contraire, que la nature était *avare* de causes générales et *prodigue* de résultats ou d'effets.

prit de théorie sous lequel on désigne ordinairement l'ensemble des opérations intellectuelles que réclame la création de toute véritable science? Sous un autre point de vue, nous ne partageons pas entièrement l'opinion de M. Chomel, quand il dit que *les difficultés inhérentes à la composition d'une pathologie générale, sont du nombre de celles qui exigent plus d'opiniâtreté dans le travail que de supériorité dans l'esprit.* Nous croyons, au contraire (et en cela, tout le monde, hormis M. Chomel, sera de notre avis), qu'il n'appartient réellement qu'à un esprit supérieur de vaincre toutes les difficultés inhérentes à la composition d'un traité de pathologie générale (1).

Revenant au précédent passage de M. Chomel, nous lui répondrons, que ce ne sont pas *ceux qui voient dans la médecine une science spéculative*, qui ont dû *être surpris de trouver aussi peu de changements dans un ouvrage dont la première édition est antérieure à la théorie de l'irritation.* Ceux qui ont dû réellement être surpris de ce peu de changements, sont, au contraire, les vrais observateurs qui restent convaincus que la médecine *est une science de faits et qu'elle ne reconnaît d'autres fondements que l'observation, l'expérience et le raisonnement*; c'est M. Chomel lui-même, qui, une page plus haut, avait écrit : « La ré-« forme opérée avant la fin du dernier siècle, dans la « doctrine médicale, rendait presque inutiles pour nous « la plupart des traités publiés sur cette matière (la pa-« thologie générale). » On le voit, M. Chomel reconnaît ici, de la manière la plus explicite, que les grandes ré-

(1) Un auteur doué d'un esprit philosophique des plus distingués, M. le docteur Dubois (d'Amiens), a parlé comme nous-même de ce passage de M. Chomel : « J'aime M. Chomel, dit-il, j'estime ses travaux, mais je ne « puis partager son opinion : *amicus plato, sed magis amica veritas.* » (*Traité de pathologie générale*; pag. 15).

formes dans les doctrines médicales doivent être prises en sérieuse considération quand il s'agit de pathologie générale, puisqu'elles *rendent presque inutiles les Traités publiés* auparavant *sur cette matière.*

Si donc M. Chomel a cru devoir *faire aussi peu de changements dans sa Pathologie générale*, postérieurement à la réforme nouvelle qu'il désigne sous le nom de *Théorie de l'irritation*; s'il a conservé à peu près dans la seconde édition, tout ce qu'il avait placé dans la première, antérieure à la théorie dont il s'agit, il faut chercher la cause de cela, non dans le principe allégué par l'auteur, mais, dans des raisons qu'il n'a pas jugé à propos de nous révéler. La meilleure preuve de ce que nous avançons se trouve, au reste, dans les opinions ultérieures de M. Chomel, lequel dans un récent ouvrage s'est vu forcé de modifier son ancien système pyrétologique, conformément à l'un des dogmes principaux de la réforme nouvelle, savoir la localisation des fièvres dites essentielles, dogme qui constitue à lui seul une des plus grandes révolutions que la médecine ait subies.

En somme, les lecteurs éclairés et de bonne foi conviendront aisément que ce serait un véritable contresens scientifique que de vouloir proscrire de la médecine les théories, les explications, et nous avons vu, d'ailleurs, que ceux-la même qui ont prêché une pareille maxime, n'ont pu s'empêcher de la violer dans leurs ouvrages.

§ II.

Quant aux auteurs qui ont insisté sur la nécessité de soumettre à une saine théorie, à une généralisation féconde les faits de la médecine, ils ne se sont point dissimulé, comme je l'ai déjà dit, les difficultés de ce genre de travail, et ils ont signalé les erreurs dont il importe de se préserver en s'y livrant.

Bichat, par exemple, avant Laënnec et tant d'autres,

avait fait sentir l'étroitesse du système *dichotomique* de Brown, ce Procuste nosologique pour parler comme l'illustre auteur de l'auscultation médiate: « Quelques « auteurs, dit-il, n'ont vu dans les maladies que force « ou faiblesse, et parconséquent dans les médicaments « que débilitants ou fortifiants. Cette idée est vraie « en partie, mais elle est fausse quand on la généralise « trop.....Ce que je viens de dire s'applique encore au « *strictum* et au *laxum* de plusieurs médecins qui ne « voient partout que ces deux choses.... C'est le propre « de tous ceux qui ont une idée générale en médecine, « de vouloir ployer tous les phénomènes à cette idée. Le « défaut de trop généraliser a peut-être plus nui à la « science que celui de ne voir chaque phénomène qu'iso- « lément. » (*Anat. génér.*, pag. 22 et suiv., dern. édit.)

Un peu plus loin, revenant sur ce sujet, Bichat dit: « pour peu que vous examiniez les maladies sous plu- « sieurs jours différents, vous verrez que ce qui est vrai « pour une classe peut ne point l'être pour une autre; je « crois que nous avons deux écueils également à craindre : « celui de trop particulariser, et celui de trop généra- « liser. Le second mène autant que le premier à de faux « résultats. »

Le double inconvénient de trop généraliser ou de trop particulariser a été également très bien indiqué dans le passage suivant de *l'Histoire des phlegmasies chroniques :*

« Lorsqu'on a longtemps observé, il s'agit de procéder « aux conclusions; mais, il faut le faire avec une extrême « sagesse: c'est ici que se montre la mesure du génie. « Celui qui ne généralise pas assez, nous fait penser « qu'une partie de ce qu'il a observé est perdue pour lui; « celui qui tombe dans l'excès opposé et qui prononce en « dernier ressort, montre sa présomption et son or-

« gueil; l'un et l'autre témoignent qu'ils ont des vues « rétrécies: ils ne rendront jamais de grands services à » l'art.

« Celui qui n'a jamais envisagé toutes les formes des « maladies, ne peut en conserver que des images im- « parfaites, et tout-à-fait dissemblables aux modèles. « Parconséquent, chaque fois qu'il faudra faire un « rapprochement il tirera de fausses conséquences; « alors, plusieurs écueils également dangereux l'exposeront « au plus triste des naufrages: s'il est fanatique de « ses opinions ou de celles d'autrui, il forcera tous les « faits de se plier à sa fausse théorie, et marchera d'er- « reur en erreur jusqu'à l'extrémité de sa carrière : s'il « est naturellement inconstant, ou s'il conserve encore « assez de liberté dans le jugement pour apercevoir les « nombreuses contradictions que les faits mal observés « ne manquent jamais de présenter, il abandonnera « toute espèce de doctrine, il se livrera à l'empirisme le « plus aveugle, ou tombera dans un septicisme déplo- « rable. »

Un des hommes qui, par son caractère et ses lumières, honorent le plus notre époque médicale, M. le professeur Lallemand, est un de ceux qui ont su le mieux apprécier l'application de l'esprit philosophique à la médecine (1). M. Andral, dont on connait la haute circonspection en matière de théories et de systèmes, s'est bien gardé cependant d'en nier la nécessité ; il veut seulement, et avec raison, que les systèmes soient progressifs

---

(1) Dans la préface de ses *Recherches sur les maladies de l'encéphale*, il s'exprime ainsi : « Mais on n'a rien fait quand on a rassemblé beaucoup « de faits bien observés et importants ; il faut encore les rapprocher d'une « manière naturelle, afin que les conséquences qui en découlent se pré- « sentent d'elles-mêmes. »

et qu'ils se plient aux modifications rendues nécessaires par la découverte de nouveaux faits.

Après avoir dit, par exemple, que les progrès de la science l'avaient forcé d'interpréter et de classer autrement les faits qui, dans la première édition de la clinique médicale, avaient été décrits sous le nom de *fièvres*, il poursuit ainsi :

« Aussi, est-ce beaucoup moins sur mes opinions changeantes et progressives comme la science, que sur les faits eux-mêmes, que j'appelle l'attention des praticiens. Le plus souvent on ne trouve dans l'étude de la médecine qu'une série de questions à discuter, ou de problèmes à résoudre; parmi les faits dont se compose son domaine, il en est beaucoup qui échappent à toutes les lois auxquelles on s'efforce de les ramener, parce qu'il n'a été encore donné à aucun système d'embrasser tous les faits. Aussi, éclectique par nécessité, comme l'est tout médecin près du lit des malades, je me suis efforcé de ne tenir compte des divers systèmes que pour les discuter en présence de chaque fait considéré dans son individualité ; j'ai cherché ainsi à assigner à chaque fait sa valeur scientifique et pratique (1)...... Servons-nous de ces systèmes comme d'admirables méthodes sans lesquelles il nous serait impossible de rassembler les faits, de saisir leurs rapports, de découvrir les lois de leur production; mais gardons-nous d'oublier que les faits eux-mêmes font toute la richesse de la science, et qu'à eux seuls appartient de déter-

(1) Plus j'y ai réfléchi, et plus je l'avoue il m'a été impossible de trouver un sens précis au mot *éclectisme*, en tant que considéré comme un des éléments de la méthode expérimentale et rationnelle. Qui parle d'*éclectisme* dans les autres sciences naturelles? Ainsi donc, comme je l'ai dit dans l'article *éclectisme* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, ce mot pourrait être retranché avec avantage de la langue médicale.

« miner la valeur et la durée des systèmes. » (*Cliniq. méd.*, 2e édit., *avant-propos*, page vj.)

On peut ne pas adopter servilement les diverses réflexions du savant professeur que nous venons de citer, et différer aussi de lui dans l'application des principes généraux de la philosophie médicale aux questions spéciales de la médecine, mais il est juste de convenir qu'il a fait une part assez large à l'esprit de généralisation, de théorie et d'explication dans le passage précédent et dans plusieurs autres. Citons encore le passage suivant, pris dans un autre ouvrage du même auteur; on y verra clairement que l'œuvre de raisonner et de systématiser les faits lui paraît une *nécessité* généralement reconnue, mais qu'il ne pense pas que le moment actuel soit favorable à l'accomplissement de ce grand œuvre.

« On reconnaît aujourd'hui la nécessité d'ouvrages qui,
« rassemblant les faits épars, les comparant entre eux,
« résumeraient le passé et prépareraient l'avenir. Cependant, il ne me semble pas que ce soit au milieu d'une
« époque où les esprits loin de revenir sur les recherches
« passées, et même de s'arrêter sur les recherches du moment, se tourmentent en recherches nouvelles, qu'il
« convienne encore de publier de pareils ouvrages : il leur
« faudrait peu de temps pour vieillir, et ils n'auraient jamais représenté l'état de la science que d'une manière
« incomplète et infidèle. » (*Précis d'anatomie pathologique, avant-propos*, page vij.)

Et qu'on ne vienne pas nous dire maintenant, avec une arrogance vraiment bien singulière, que les médecins de cabinet sont les seuls qui aient songé à systématiser les faits de la médecine, à les formuler en propositions générales, en *aphorismes*. Hippocrate, Boerhaave, Stoll, Pinel n'étaient-ils donc pas des observateurs, et ne peut-on enfin mériter ce titre qu'à la condition d'être dépourvu des

plus hauts attributs, des plus nobles facultés de l'entendement? Corvisart n'était-il lui-même qu'un médecin de cabinet? Hé bien! ce grand observateur est un de ceux qui ont le plus vivement senti le besoin d'un ordre *systématique* dans l'enseignement de la *médecine-pratique*.

« Appellé à faire des leçons de médecine-pratique, je « sentis alors, dit Corvisart, la nécessité d'un ouvrage « méthodique et classique, pour donner à l'enseignement « un *ordre* et une marche qui le rendissent profitable..... « Que les objets soient bien liés entre eux, et présentés « dans la succession que la nature ou un ordre *systéma-* « *tique* bien entendu peut leur donner, on est sûr d'ins- « truire.

« L'immortel Boerhaave est le premier qui ait composé « au commencement de ce siècle (XVIIIe) un ouvrage dans « cet esprit et pour cette fin. La célébrité sans seconde de « l'école de Leyde, et les savants qu'elle a fournis presque « seule, à cette époque, dans toute l'Europe médicale, en « attestent assez le mérite et l'importance, malgré ses « erreurs qui sont celles d'un grand génie, en dépit de ses « détracteurs, et nonobstant les progrès ultérieurs des « sciences.

« Stoll enseigna comme Boerhaave, et se servit de ses « aphorismes; mais la médecine avait fait des progrès « depuis l'époque où Boerhaave les avait écrits.... Stoll « sentit les défauts d'un aussi grand modéle, sut les éviter « et entreprit de les corriger. Réformer Bœrhaave dans « un ouvrage aphoristique, était d'une conception hardie, « et d'une exécution difficile, d'autant que le professeur « de Leyde avouait lui-même que cet ouvrage lui avait « coûté à faire: et certes, on ne lui reprochera pas d'a- « voir manqué de facilité. (Corvisart; *traduction de Stoll*.)»

On ne saurait trop regretter que Corvisart n'ait pas fait pour les aphorismes de Stoll, ce que celui-ci avait fait

pour ceux de Boerhaave. La médecine s'était, en effet, enrichie de nouvellles découvertes depuis Stoll, et Corvisart était un des plus illustres promoteurs du nouveau progrès. Mais le moment de refaire en quelque sorte la médecine des Boerhaave et des Stoll, ne lui semblait pas encore arrivé. « Le temps est loin encore, disait-il, où « l'édifice médical, élevé sur les observations de plus de « vingt siècles, doit céder aux efforts des flots qui vien- « nent se briser contre lui. » L'époque d'une grande révolution médicale n'était cependant pas aussi éloignée que le pensait Corvisart.

En voilà bien assez, ce me semble, pour la *défense* et la *justification* de l'esprit de théorie et de systématisation.

Mais de ce que l'on ne saurait, sans être taxé de la plus étrange barbarie scientifique, retrancher cet esprit, cette faculté du nombre des facultés nécessaires à la construction de la science que nous cultivons, s'ensuit-il qu'il faille approuver tous les systèmes qui ont paru depuis son origine? Assurément, non. Il y a eu de très mauvais systématiques comme de très mauvais observateurs, nous en convenons, et nous ne prenons ici que le parti des bons classificateurs. Quant à ces derniers eux-mêmes, il est évident que leur règne ne saurait être de très longue durée. En effet, dans une science aussi éminemment progressive et mobile que la médecine, tel système bon à une époque, ne l'est plus à une autre époque; et, comme Corvisart l'a remarqué très bien, dans sa préface de la traduction des aphorismes de Stoll, ce sont les changements de systèmes qui font les grands hommes, et ce sont ceux-ci qui *déterminent invariablement les époques des révolutions médicales.*

Cette vérité a reçu de nos jours une éclatante confirmation. En effet, la chute du système de la *Nosographie philosophique* n'est-elle pas l'un des événements les plus

culminants de notre ère médicale, et n'est-ce pas avoir fait une révolution dont le souvenir ne s'effacera pas que d'avoir ainsi renversé un système qui avait gouverné le monde médical?

ARTICLE II.

Quelques détails sur les opérations de l'esprit philosophique en Médecine.

C'est peu que de savoir, d'une manière générale, que l'*esprit de théorie*, doit élaborer les faits de la médecine comme ceux de toutes les autres sciences d'observation. Il nous reste maintenant à développer un peu cette idée complexe, c'est-à-dire à étudier les éléments dont-elle se compose. Ce n'est là, je l'avouerai, qu'une application de la logique générale à la médecine, mais si l'on réfléchit, d'une part, que la logique générale est une science qui laisse beaucoup à désirer (1) et que l'application dont il s'agit ici n'a point encore été faite, d'une manière méthodique et complète, on sera bientôt convaincu des nombreuses et graves difficultés dont notre sujet est environné. A ce sujet se rapportent, en effet, toutes les questions qu'on peut agiter, non seulement sur les choses mêmes de la médecine, mais encore sur les expressions par lesquelles on doit les représenter ou sur la nomenclature médicale.

Décomposer les faits et les phénomènes compliqués, les réduire à leurs éléments constituants ou générateurs

(1) Si la logique et la philosophie générales étaient des sciences plus avancées, leur langue aurait plus de justesse et de précision. Chaque jour, les mêmes mots de leur vocabulaire sont employés dans des sens différents. A chaque instant, on voit la même idée attachée à des expressions diverses : c'est ainsi, par exemple, qu'on dit indifféremment *théorie*, *système*, *doctrine*, *hypothèse*, etc., et de cette confusion dans les mots résulte inévitablement une confusion dans les choses : aussi la plupart des disputes de haute philosophie et de logique générale dégénèrent-elles, trop souvent, en déplorables querelles de mots, en *logomachie*.

(analyse) ; combiner les faits et les phénomènes simples, en former tous les faits composés (synthèse); chercher et constater les rapports de causalité qui lient certains faits, certains phénomènes à d'autres; discuter les observations et les expériences particulières, les généraliser ou les formuler en propositions générales; déterminer les lois qui régissent les cas individuels, les coordonner, les enchaîner méthodiquement les uns aux autres ou les systématiser, voilà comment l'esprit et pour ainsi dire les *sens intellectuels* et *rationnels* achèvent l'œuvre des *sens de l'observation*, et transforment en un édifice régulier les matériaux épars que ceux-ci avaient rassemblés.

Pour répandre plus de clarté dans le sujet que nous venons d'aborder, essayons de faire une application de ces données abstraites et générales aux cas particuliers d'abord et aux collections de ces cas ensuite, et convenons de désigner sous le nom de *discussion* l'ensemble des actes intellectuels dont chaque fait particulier est l'objet.

§ Ier. *Discussion de chaque fait en particulier.*

Ainsi que nous l'avons dit, en parlant de l'art de recueillir les observations, un fait particulier ne peut réellement servir à la construction de l'édifice médical qu'autant qu'il a été examiné sous tous ses points de vue, et *pesé* pour ainsi dire dans la balance de la *réflexion*. Delà, comme nous l'avons déjà remarqué, ces *réflexions* que les observateurs placent à la suite des cas particuliers qu'ils ont recueillis.

Certes, on se tromperait grossièrement, si l'on croyait que dans le travail nécessaire à la collection et à la réduction d'un cas particulier, l'esprit d'observation joue un rôle exclusif. Non, il n'en n'est pas ainsi : l'esprit philosophique intervient pour beaucoup dans ce travail. Il

serait impossible de porter un diagnostic, un pronostic quelconque, de prescrire le moindre traitement, si l'on ne faisait usage des facultés désignées sous le nom collectif d'*esprit*, d'entendement ou d'intelligence. Qu'est-ce, en effet, que le diagnostic et le pronostic, si non un jugement? Qu'est-ce que l'opération qui nous dirige dans l'application rationnelle ou expérimentale d'une méthode thérapeutique quelconque, sinon une opération intellectuelle, c'est-à-dire une *induction* fondée sur des *raisons* et des expériences directes ou indirectes? Comment, enfin, saisir un rapport de cause à effet entre une maladie et certains agents extérieurs ou intérieurs, physiques ou moraux, si l'esprit de causalité n'entre pas en fonction? Toutes ces opérations sont tellement naturelles, que nous n'y faisons point attention : elles s'exécutent pour ainsi dire machinalement comme celles des sens, et il n'est pas plus possible à l'esprit, au sens intellectuel, de ne pas *voir* certains rapports, qu'il n'est possible à l'œil de ne pas voir la forme, les couleurs, etc., des objets qu'il examine.

Lorsqu'une histoire particulière de maladie a été recueillie avec exactitude, et d'une manière complète, l'esprit de l'observateur cherche à déterminer quelles sont les influences qui ont causé la maladie; comment ces causes ont agi pour la production de celle-ci; quels sont les rapports entre la lésion des conditions ou des actions organiques, et les symptômes qui se sont manifestés; quels sont les effets, les résultats des divers moyens employés pour la guérison de la maladie. S'il a connaissance de faits semblables à ceux qu'il a recueillis, il l'ajoute à leur catégorie; si ce cas n'a pas, au contraire, d'analogues, il lui consacre une place à part. Nous reviendrons sur cette opération dans le paragraphe suivant.

Si le cas est complexe, composé, l'esprit d'analyse s'en

empare, le dissèque pour ainsi dire, le décompose, le réduit à ses éléments primitifs ou constitutifs. Il peut ensuite vérifier l'analyse par la synthèse, et recomposer, en quelque sorte, le cas observé, en faisant réagir ou concourir les différents éléments qu'il y a découverts.

Les opérations que nous venons d'indiquer donnent des résultats divers, selon les époques de la science à laquelle on les pratique. Ainsi, par exemple, à l'époque où la physique et la chimie étaient presque entièrement inconnues, dans une foule de cas, on ne trouvait aucun rapport entre la maladie et les influences des agents extérieurs, ou, si l'on en trouvait, l'expression de ce rapport manquait de précision. De là, la philosophie des causes *occultes*, du *quid divinum*, etc. Aujourd'hui même, malgré les immenses progrès des sciences physiques, il est des maladies qui, comme le choléra-morbus, la variole, etc., par exemple, reconnaissent des causes qui se dérobent entièrement à notre exploration.

A l'époque où l'anatomie et la physiologie étaient ignorées, comment expliquer le mécanisme des agents morbides (en supposant ceux-ci connus) dans la production des maladies? Aujourd'hui même, dans un très grand nombre de maladies, bien que nos connaissances anatomiques et phyiologiques soient fort étendues, il nous est impossible encore de saisir un pareil mécanisme. Par cela même que la nature de la maladie nous échappe, il ne nous est pas permis de bien déterminer les rapports qui existent entre elle et tous les phénomènes par lesquels elle se traduit au dehors. La connaissance d'une maladie quelconque n'est pourtant complète qu'autant que ce rapport peut être déterminé.

On sait que, pendant plusieurs siècles, l'ignorance où l'on était de l'anatomie et de la physiologie, ne permit pas de préciser, je ne dis pas la nature, mais aussi le

siége d'une foule de maladies; et de là ces idées d'essentialité, dont il a fallu tant de temps et tant d'efforts pour faire une justice définitive. Aujourd'hui, nous pouvons, du moins dans la grande majorité des cas, déterminer le siége des maladies, d'après l'ensemble des symptômes que nous observons. Or, saisir ainsi un rapport constant et précis entre un certain nombre de symptômes, et la lésion d'une partie déterminée du corps, constitue un acte d'entendement, sans lequel tout diagnostic serait impossible. Au reste, le diagnostic n'est complet que dans les cas où, non-seulement le siége, mais encore la nature ou l'espèce de la lésion nous sont révélés à la fois par les symptômes.

Ce que nous venons de dire est une espèce de *formule* générale qui s'applique à l'examen de chaque fait, ou de chaque observation en particulier. C'est ainsi qu'on *pèse* toutes les histoires particulières des maladies, et qu'on distingue les mauvaises des bonnes. Morgagni avait senti toute l'importance de cette appréciation, quand il disait : *Perpendendæ sunt observationes*, tâche difficile à bien accomplir, quand il s'agit des observations qu'on a recueillies soi-même, et surtout de celles recueillies par d'autres. « Que de conditions ne faut-il pas remplir, « pour peser exactement les observations des autres ! A « combien d'interprétations ne peuvent-elles pas se prê- « ter ! A combien de divagations ne s'expose-t-on pas dans « un commentaire ! (Lallemand, *Lettres sur les maladies* » *de l'encéphale.*) »

Pour que les produits de la discussion des faits particuliers soient valables, et pour ainsi dire de *bon aloi*, il est nécessaire qu'elle ne s'exerce que sur des faits bien observés. En effet, pour continuer la métaphore du chancelier Bacon, de même que l'abeille ne saurait extraire un miel exquis de fleurs de mauvaise qualité, de même l'intelligence humaine ne saurait extraire de bons principes, de

saines conclusions de faits mal observés, et pour ainsi dire de mauvaise qualité. Et réciproquement, les faits observés avec le plus d'exactitude ne sauraient fournir des conclusions satisfaisantes, de saines doctrines, cette sorte de miel scientifique, si l'intelligence qui les travaille et les *digère* était elle-même mal conditionnée, de mauvaise qualité en un mot. Et comme l'art d'observer en médecine est extrêmement difficile, nous posons en *règle générale*, qu'il ne faut jamais accepter, sans réserve aucune, les propositions générales, les *aphorismes* déduits d'un seul fait. Cette réflexion nous conduit naturellement à la philosophie qui doit être appliquée à l'examen des masses ou collections de faits médicaux, et à l'emploi du calcul dans les faits de la médecine en général.

§ II. *Des opérations de l'esprit philosophique sur la collection générale des faits médicaux.*

Il suffit de considérer un instant l'immense collection des faits médicaux, de les rapprocher et de les comparer, pour apercevoir entre eux des ressemblances et des dissemblances, des analogies et des différences. Cela constaté, l'esprit de généralisation se met à l'œuvre, et en déduit ces *types* généraux ou abstraits, qui sont du domaine de la pathologie générale proprement dite. Comme tous ces faits, quelque différents qu'ils soient d'ailleurs entre eux, ont cependant quelque communauté, c'est de cette relation commune que se forme la notion *générale*, *abstraite*, de *maladie*. De cette notion de la maladie, la plus haute abstraction de toutes celles de la médecine, l'esprit de généralisation ou de *synthèse* descendant à des abstractions secondaires, créé des notions de tous les genres de maladies jusques là connues. Il considère la maladie et ses divers genres, sous le multiple rapport de leurs causes, de leurs caractères anatomiques, de leurs symptômes, etc. Passant

ensuite à la considération des différences , l'esprit d'*analyse* spécialise, particularise, individualise, et descend ainsi graduellement jusqu'à la notion et à la monographie des espèces morbides, qui sont essentiellement du ressort de la pathologie spéciale, et jusqu'aux cas particuliers ou individuels sur lesquels roulent la *clinique* ou la *pratique* proprement dite.

L'œuvre de la généralisation est d'autant plus difficile que les faits sur lesquels il s'exerce sont plus nombreux, plus complexes, plus obscurs, plus délicats, et les faits médicaux sont malheureusement pour la plupart de cette nature.

Pour réduire à des principes généraux ou *générateurs* les innombrables faits dont se compose la médecine, il faut tant de comparaisons, tant de rapprochements, tant de confrontations en tout genre, que l'esprit le plus courageux peut en être effrayé, et qu'il ne faut pas s'étonner si parmi les auteurs qui se sont appliqués et pour ainsi dire dévoués à cette tâche éminemment laborieuse, la plupart n'ont pu se préserver de graves erreurs. Combien d'entre eux se sont brisés contre le double écueil dont une telle opération est environnée, savoir 1° celui de trop *généraliser* et 2° celui de trop *particulariser* !

L'acte de la *systématisation* ou de la *classification* des maladies, doit avoir pour base la *nature* même des maladies, telle que nous pouvons la connaître dans l'état actuel de la science. Désespérant de pouvoir élever un pareil système nosologique, quelques auteurs ont essayé de réduire la médecine à une science purement descriptive, et ont pris plaisir à blâmer les généreux efforts de ces génies hardis et privilégiés qui ont osé sonder la nature intime des diverses maladies.

La généralisation, encore une fois, doit être renfermée dans de justes limites; en nosologie moins qu'ailleurs,

elle ne doit pas être poussée jusqu'à son dernier terme, c'est-à-dire l'unité (1). C'est une chose surprenante que de l'un des ouvrages attribués au père de la médecine, on trouve le premier exemple de cette généralisation exagérée. Hippocrate a dit, en effet, dans l'ouvrage dont il s'agit: *Omnium morborum modus unus, locus defferentiam facit.* Non certes, toutes les maladies ne consistent pas en un seul et même mode. Seulement il est incontestable qu'il y en a un très grand nombre qui ne diffèrent point par leur *nature* ou leur *essence*, mais bien par leur siège. C'est ainsi, par exemple, que l'angine, la pneumonie, le phlegmon, etc., etc., sont au fond, c'est-à-dire eu égard à leur nature, une seule et même maladie, savoir une inflammation qui occupe le poumon dans un cas, la gorge dans un autre, le tissu cellulaire dans un troisième, etc.

Sans doute, toutes les maladies ne peuvent pas être rangées dans la double classe des irritations et des ab-irritations, pas plus que dans le système *dichotomique* de Brown (sthénie et asthénie). Mais celui-là n'en a pas moins rendu un service immense à la médecine, qui est parvenu à démontrer que de nombreuses maladies qui, jusque-là, avaient formé des classes à part, sous le nom de *fièvres essentielles* et de *lésions organiques*, devaient rentrer, du moins en très grande partie, dans la vaste classe des phlegmasies.

---

(1) Je rappellerai à ce sujet, ce que je disais dans un mémoire sur les fonctions du cerveau lû à l'Institut, en 1827 : C'est en vain que, dans la plupart des sciences, nous cherchons l'identité, l'unité, comme on chercha jadis la pierre philosophale. Loin de nous la moindre pensée de condamner les recherches de ces hommes privilégiés qui systématisent les faits d'après leurs affinités réelles, comme les naturalistes classent les corps d'après leurs caractères communs. C'est-là l'œuvre du vrai génie. Ce qui nous semble devoir être blâmé, ce sont les systèmes qui ne reposent que sur de fausses analogies, de faux rapports, de fausses identités, etc.

Je dis que dans la longue série des maladies, on en trouve qui ne consistent pas en irritation ou en ab-irritation, en sthénie ou en asthénie. Veut on des exemples ? En voici : les lésions purement mécaniques, telles que les solutions de continuité (hernies, luxations); les solutions de contiguité (plaies, fractures, ruptures); les simples lésions de quantité, d'étendue, de volume, etc. (hypertrophie, atrophie, dilatation, coarctation, oblitération, etc.), la gangrène, voilà des modes morbides très connus qui ne sauraient être confondus avec le mode inflammatoire, bien que dans certains cas, quelques unes des lésions dont il s'agit aient été précédées de ce dernier mode morbide. Une foule de lésions des liquides et du sang en particulier ne rentrent pas non plus dans le mode inflammatoire ou ab-inflammatoire : telles sont la chlorose, le scorbut, la *dissolution* septique du sang, etc. (1). Sans doute, ces états peuvent aussi quelquefois coïncider avec un état inflammatoire, ou même en être la conséquence (2); mais considérés en eux mêmes, ils constituent des modes morbides spéciaux dont l'étude mérite une sérieuse attention.

Au résumé, la faculté de généralisation est la plus haute et la plus noble de toutes celles qui concourent à la construction de l'édifice scientifique. C'est par elle qu'on réduit les innombrables faits de la nature à certaines catégories, en découvrant les rapports les plus géné-

---

(1) Je prie le lecteur de ne pas oublier que toutes ces réflexions s'accordent parfaitement avec plusieurs passages de M. Broussais que j'ai rapportés précédemment.

(2) C'est ainsi, par exemple, qu'à la suite d'une phlegmasie gangréneuse, purulente, putride, *maligne* comme on disait autrefois, on voit survenir un appareil typhoïde qui se lie, du moins en partie, à la dissolution septique de la masse sanguine. Cet élément typhoïde, constant dans une certaine forme de l'entérite de l'intestin grêle, a été la cause de disputes qui durent encore.

raux qui les unissent. Ces rapports sont quelquefois très simples. Suivant Laplace, « les rapports les plus sim-« ples sont même les plus communs, et tous les effets de « la nature ne sont que les résultats mathématiques d'un « petit nombre de lois immuables. »

Telle était aussi la pensée de Bichat, lorsqu'il s'écriait, dans sont beau *Traité d'Anatomie Générale* : Rendons grâce à Newton ! il a trouvé, le premier, le secret du créateur, savoir, la simplicité des causes réunie à la multiplicité des effets (1). Rendons aussi grâce à Bichat, et à tous ceux qui, comme lui, ont trouvé de nouveaux rapports généraux, c'est-à-dire des lois ou des principes (2) !

ARTICLE III.

Quelques considérations sur l'application du calcul aux faits de la Médecine en général.

Nous avons déjà vu, en traitant des méthodes et des moyens d'observation, que le sens du calcul nous fournissait un bon nombre de données précieuses : il s'agit maintenant de bien déterminer comment on peut tirer parti du

---

(1) Un auteur, dont les recherches sur les *fièvres dites essentielles* laisseront un long et très honorable souvenir, Prost a dit aussi : « On a « commis une erreur bien grave et bien funeste, quand on a dit que « la nature est changeante, tandis que la simplicité et la constance de « la nature dépassent notre entendement; ce sont les résultats qui va-« rient. Si les principes sont constants (et cela n'est douteux que pour « les ignorants), cherchons donc à connaître les principes, usons notre « patience à les découvrir, mais ne les imaginons pas. C'est aux faits, à « l'universalité des faits, c'est aux plus petites choses qu'il faut demander « ces principes ; ils sont là, ils ne sont que là, ils y sont bien ; nos yeux « seuls n'y sont pas, ne veulent pas y être. »

(2) Je me sers ici du mot *principes*, dans l'acception qui lui a été donné par quelques philosophes : « Je désigne par la dénomination de principes, « dit Laplace, les rapports généraux des phénomènes. »

calcul ou de la méthode arithmétique en l'appliquant aux faits médicaux considérés sous de nouveaux rapports.

Il n'est aucune des parties dont se compose la médecine, dans laquelle il ne se rencontre des questions de quantité, de plus et de moins, et qui par conséquent, en une foule d'occasions, ne puisse être éclairée par le calcul. Comment, par exemple, résoudre les problêmes relatifs à la durée des maladies, à la mortalité, sans avoir recours à la méthode arithmétique ou numérique? Comment, sans l'application de la même méthode, décider les questions relatives à la fréquence de telle ou telle maladie, selon les saisons, les climats, les âges, le sexe, le tempérament, etc., etc.? Comment, sans le calcul, déterminer qu'elle est, entre deux ou plusieurs méthodes thérapeutiques rivales, celle qui guérit le plus grand nombre de malades, etc., etc.? C'est pour avoir trop négligé l'emploi rigoureux de la méthode lumineuse qui nous occupe, que nos prédécesseurs ont laissé tant de vague et d'incertitude sur les questions les plus importantes de la statistique médicale. Ce n'est pas qu'on ne trouve dans leurs écrits des traces d'application de la méthode du calcul; mais au lieu de résultats numériques précis et concrets, au lieu de chiffres en un mot, on y trouve les mots rarement, fréquemment, quelquefois, souvent, dans un certain nombre de cas, plus ou moins, etc., etc. Il est temps d'apporter plus d'exactitude et de sévérité dans la matière dont il s'agit. La fameuse sentence de Morgagni *non numerandæ sed perpendendæ sunt observationes,* doit donc être remplacée par celle-ci: *non solum numerandæ, sed etiam perpendendæ sunt observationes.*

La *Statistique médicale* n'est malheureusement encore qu'à son berceau, et l'avenir lui réserve de grands développements. Toutefois, elle a déjà été appliquée avec quelque succès à l'examen de diverses questions médicales

d'un haut intérêt, et si un plus grand nombre de bons observateurs avaient le temps, la patience et le zèle nécessaires à ce mode de recherches, on verrait bientôt se dissiper comme de vains fantômes une foule d'assertions, dont quelques-unes exercent un si funeste empire sur la pratique elle-même et partant sur la vie des hommes.

La plupart des problêmes sur lesquels s'exerce la statistique médicale sont tellement compliqués, qu'on ne saurait mettre trop de soin dans la détermination des conditions dont ils se composent, ni trop prendre garde à ne commettre aucune erreur dans les conclusions qu'on tire d'un nombre donné de faits recueillis sur un objet également donné de la clinique médicale.

Comme les résultats numériques ne peuvent être exactement les mêmes dans deux séries de faits soumis au calcul, qu'autant que toutes les circonstances de ces faits restent aussi exactement les mêmes, et comme les faits de la médecine offrent bien rarement cette parfaite identité de circonstances, on voit aisément que le calcul *approximatif* ou des probabilités est presque toujours le seul dont nous puissions faire usage, quand il s'agit de *généraliser* un résultat. Mais les avantages de cette espèce de calcul sont tels, qu'on ne saurait trop s'appliquer à en répandre l'usage.

La question des probabilités, en médecine, se rattache à la théorie des probabilités en général, sur laquelle, après Pascal et Fermat, s'est exercé le puissant génie de Laplace. On ne dira pas, sans doute, que les faits de la médecine ne sont pas même susceptibles du calcul des probabilités, si l'on réfléchit que Laplace et d'autres l'ont appliqué aux faits de la morale et de la politique elles-mêmes, bien plus compliqués et plus obscurs encore que

la majorité des faits de la médecine (1). Au reste, pour convaincre ceux qui nient le mouvement, il faut marcher, et pour convaincre ceux qui nient la possibilité d'appliquer avec succès le calcul des probabilités ou des approximations à un certain nombre des questions de la médecine, il faut réussir dans cette application. La chose est difficile sans doute, en effet: « Les phénomènes « de la nature sont, le plus souvent, enveloppés de tant « de circonstances étrangères, un si grand nombre de « causes perturbatrices y mêlent leur influence, qu'il est « très difficile de les reconnaître. On ne peut y parvenir, « qu'en multipliant les observations ou les expériences, « afin que les effets étrangers, venant à se détruire réci- « proquement, les résultats moyens mettent en évidence « ces phénomènes et leurs éléments divers. Plus les obser- « vations sont nombreuses, et moins elles s'écartent entre « elles, plus leurs résultats approchent de la vérité. On « remplit cette dernière condition, par le choix des « méthodes d'observation, par la précision des instru- « ments, et par le soin que l'on met à bien observer: « ensuite, on détermine par la théorie des probabilités, « les résultats moyens les plus avantageux, ou ceux qui

---

(1) Dans son *Essai philosophique sur les probabilités*, après avoir posé en principe que les questions les plus importantes de la vie ne sont, pour la plupart, que des problêmes de probabilité, Laplace continue ainsi: « *On peut même dire, à parler en rigueur, que presque toutes nos con-* « *naissances ne sont que probables; et dans le petit nombre des choses que* « *nous pouvons savoir avec certitude, dans les sciences mathématiques* « *elles-mêmes, les principaux moyens de parvenir à la vérité, l'induction* « *et l'analogie se fondent sur des probabilités, en sorte que le système en-* « *tier des connaissances humaines, se rattache à la théorie exposée dans* « *cet Essai. . . .* » « Appliquons aux *sciences politiques et morales*, la mé- « thode fondée sur l'observation et sur le calcul, méthode qui nous a si « bien servi dans les sciences naturelles. »

« donnent le moins de prise à l'erreur. Il est de plus né-
« cessaire d'apprécier la probabilité que les erreurs de
« ces résultats sont comprises dans des limites données....
« Des formules propres à ces objets, sont donc un vrai
« perfectionnement de la méthode des sciences, et qu'il
« est bien important d'ajouter à cette méthode. L'analyse
« qu'elles exigent est la plus délicate et la plus difficile de la
« théorie des probabilités. » (Laplace, *Essai philos. sur les probabilités.*)

Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les *principes généraux*, ni les méthodes analytiques du calcul des probabilités (1). Nous devons nous borner à considérer les *particularités* de son application aux faits et aux évènements du ressort de la médecine. Or, jusqu'ici, aucun auteur que je sache ne s'est spécialement occupé de ce sujet délicat, et si digne de fixer l'attention. Je ne posséde pas pour mon propre compte tous les éléments nécessaires à la solution des nombreux problêmes qui s'y rattachent. Il me suffira de montrer, dans le cours de cet ouvrage, quels sont les principaux cas dans lesquels on peut avoir besoin des lumières fournies par le calcul des probabilités.

Qu'on n'aille pas conclure de ce qui précède, que la médecine, telle qu'elle est de nos jours, ne consiste qu'en un tissu de conjectures et de probabilités. La somme de nos certitudes en matière d'étiologie, d'anatomie pathologique, de diagnostic, de thérapeutique, est énorme. Que dis-je? La médecine ne serait point une science, mais une sorte de jeu de hasard, si elle ne roulait tout entière que sur des probabilités. Mais, encore une fois, il est pourtant en

(1) Les questions relatives aux probabilités, peuvent, dit Laplace, se résoudre *analytiquement* ou en se servant des signes et des formules algébriques; mais on peut présenter les principes et les résultats généraux de cette théorie sans le secours de l'analyse. Cet illustre auteur nous a donné l'exemple de cette double méthode.

médecine des choses qui ne sont que probables, des évènements qui ne sont pas *constants*, et il importe beaucoup de peser et de calculer leur probabilité aussi exactement que le comporte l'état actuel de la science (1).

Les réflexions précédentes suffisent pour faire entrevoir les services que l'application du calcul peut rendre à la médecine. Il est cependant encore aujourd'hui quelques hommes dont le nom fait, jusqu'à un certain point, autorité, qui ne partagent pas cette opinion. C'est parculièrement dans les problèmes de thérapeutique que l'application de la méthode arithmétique ne leur paraît *rien prouver*, comme ils le disent. Attachons-nous donc bien à faire ressortir ici les avantages de cette méthode dans ce cas particulier de son application (2).

Certainement, ce n'est pas la méthode numérique seule qui peut éclairer les questions de thérapeutique. On sait très bien que dans cette partie de la science, plus encore que dans toute autre, l'observation, l'expérience et un raisonnement exact sont les oracles qu'il faut toujours consulter. Mais le calcul apparemment n'exclut ni l'observation, ni l'expérience, ni le raisonnement, puisqu'il a pour objet les observations et les expériences, et que c'est le raisonnement qui nous porte à l'appliquer et qui en contrôle l'application. La méthode numérique est donc

(1) Il est clair que si toutes les conditions des problêmes dont la médecine s'occupe, étaient rigoureusement connues, si elles n'étaient pas incessamment variables, même quand elles sont connues, ces problêmes seraient susceptibles d'une solution rigoureuse. Malheureusement il n'en est point ainsi; et dans cet état de choses, celui-là est le médecin le plus instruit qui peut prédire, non pas avec une certitude absolue, mais avec une somme donnée de probabilités, un grand nombre de résultats ou d'événements médicaux.

(2) J'aurais pu réserver cette discussion pour le chapitre où je m'occuperai de considérations générales sur le traitement des maladies; mais j'espère que le lecteur ne sera pas fâché de nous la voir aborder dès à présent.

une sorte de complément ou d'auxiliaire des autres méthodes, au moyen desquelles l'esprit humain s'efforce d'arriver à la démonstration de certaines propositions de thérapeutique.

Il y a, dira-t-on, dans les modes divers de médication une *raison intrinsèque* qui constitue leur degré d'utilité, indépendamment de tout calcul du nombre de guérisons qu'on en obtient. Sans doute, ce ne sont pas les chiffres qui donnent à une médication sa puissance curatrice. Mais comme il s'élève souvent des disputes sur les avantages absolus ou relatifs de plusieurs modes de traitement, et que la vérité de l'opinion que l'on soutient ne peut pas toujours être démontrée par des preuves directes et tirées de la nature même des choses, il est clair comme le jour que pour parvenir à prouver cette vérité il devient nécessaire de recueillir des faits à son appui (1). Or, comment savoir si tel moyen guérit plus souvent qu'un autre, employé dans les mêmes cas, si l'on ne compte? C'est surtout en thérapeutique, qu'il faut dire, avec Hippocrate, *experientia fallax, judicium difficile.* C'est à force de multiplier les expériences et les observations qu'on parvient à éviter les *erreurs* qui ont pu s'y glisser d'abord, et à les juger plus *facilement*, à les *peser* plus exactement. Toutefois, il ne faudrait pas conclure de cette juste réflexion, qu'on ne doit tenir compte que des masses de faits et répéter, avec quelques-uns, *qu'un seul fait ne prouve rien.* Effectivement, outre qu'il existe des cas où un seul fait *bien observé* prouve beaucoup, il est très certain, qu'en tout état de cause, un seul fait prouve quelque chose. S'il en était autrement, chaque fait en particulier pourrait être représenté par zéro. Or, que prouverait

(1) La nature des maladies et le mécanisme des agents thérapeutiques étant souvent inconnus, on ne peut alors *rationnaliser* ou *expliquer* le traitement, c'est-à-dire donner la raison *claire, précise* de son efficacité.

elle-même une collection de faits particuliers, c'est-à-dire une collection de zéros ?

Quoiqu'il en soit, c'est avec raison que Laplace a dit : « Pour reconnaître le meilleur des traitements en usage « dans la guérison d'une maladie, il suffit d'éprouver « chacun d'eux sur un même nombre de malades, en ren- « dant toutes les circonstances parfaitement semblables. « La supériorité du traitement le plus avantageux, se « manifestera de plus en plus, à mesure que ce nombre s'ac- « croîtra, et le calcul fera connaître la probabilité corres- « pondante de son avantage et du rapport suivant lequel « il est supérieur aux autres (1). »

En dernière analyse, quiconque en appelle à l'expérience pour décider une question thérapeutique, fait, à son insu peut-être, un appel à la méthode numérique, puisque sans celle-ci, l'expérience manque nécessairement de précision et pour ainsi dire de *lois*.

Il est très vrai, j'en conviens, que sans compter positivement les cas de sa pratique, un médecin de bon sens ne tarde pas à reconnaître si telle méthode est préférable à telle autre, dans une maladie donnée. Mais encore une fois, sa conviction ne serait que mieux fondée, si au lieu de dire vaguement que telle méthode a réussi plus souvent que telle autre, il pouvait dire dans quelle proportion, dans quel rapport précis ou numérique les succès de l'une ont été aux succès de l'autre.

La grande objection qui peut être faite à la méthode numérique, c'est qu'elle n'opère jamais sur des cas absolument semblables. Mais il est évident que cette objection s'adresse dans toute sa force, dans toute son intégrité, dans toute sa plénitude, à la pratique dépourvue de chiffres. En effet, à celui qui vous dit j'ai guéri plus souvent, comme

(1) *Essai sur le calcul des probabilités.*

à celui qui vous dit positivement le chiffre de ses succès, on peut objecter que les cas n'étaient pas les mêmes. Cette objection étant commune à l'expérience *vague*, comme à l'expérience éclairée par les chiffres, elle tombe pour ainsi dire d'elle-même.

Il est bien vrai que dans la pratique, on ne trouve jamais deux cas exactement identiques, de même qu'on ne trouve jamais deux hommes parfaitement semblables. Mais est-ce une raison suffisante pour qu'on ne puisse pas faire usage du calcul en thérapeutique et tirer d'une collection de faits des conclusions qui soient applicables à d'autres faits du même genre ? S'il en était ainsi, l'expérience serait un mot vide de sens, et la thérapeutique flotterait dans une éternelle incertitude. Telle n'est pas heureusement la manière dont se comportent les maladies. La somme des ressemblances entre deux longues séries égales de faits relatifs à une seule et même maladie l'emporte de beaucoup sur celle de leurs différences, et l'on peut par conséquent conclure de l'une à l'autre.

Toutefois, il est bien entendu qu'une foule de circonstances apportent de notables modifications dans une seule et même maladie. Ces circonstances doivent être prises en sérieuse considération, quand il s'agit de dresser une statistique des faits recueillis sur le traitement de cette maladie. Au nombre de ces circonstances, se trouvent l'intensité, l'étendue de la maladie, la date plus ou moins éloignée de son invasion, l'âge, le sexe, la constitution des sujets, les complications, les diverses conditions hygiéniques, etc. C'est pour n'avoir pas tenu compte de toutes ces données, que plusieurs relevés statistiques ne peuvent servir au véritable progrès de la science. Il est incontestable que toutes les circonstances indiquées font varier sensiblement les résultats numériques d'une seule et même méthode thérapeutique convenablement exécutée.

D'un autre côté, toutes les conditions étant d'ailleurs les mêmes, il est également indubitable que la méthode numérique ne donnera pas les mêmes résultats, quelque ait été le mode de traitement employé dans une longue série de cas. Je dis une longue série de cas, parce qu'en effet, dans les questions qui nous occupent, on ne doit prononcer sur la valeur absolue ou relative d'une méthode, et formuler une loi, qu'après avoir employé cette méthode dans un très grand nombre de cas. C'est là une des règles dont on ne doit pas s'écarter dans l'application du calcul aux faits de la thérapeutique. Il avait bien senti cette vérité, le judicieux observateur qui a dit : *Magni facio experientiam repetitam*. Lorsqu'une loi est ainsi l'expression d'un très grand nombre de cas, un certain nombre d'autres cas, observés dans des conditions particulières, pourraient lui être contraires, sans qu'on fût en droit d'en conclure que cette loi est fausse (1).

C'est pour avoir négligé la différence des résultats selon la différence des formules thérapeutiques, que des observateurs, d'ailleurs très distingués, M. Louis, par exemple, ont commis des erreurs très évidentes, dans leurs conclusions générales sur la durée et la mortalité de certaines maladies. Il résulte de relevés publiés par MM. Louis et

---

(1) Ce que nous disons ici des faits thérapeutiques est conforme aux principes du calcul des probabilités en général. « Il résulte d'un *théorème* « la loi générale, savoir ; que les rapports des effets de la nature, sont à « fort peu près constants, quand ces effets sont considérés en grand nombre. Ainsi, malgré la variété des années, la somme des productions pendant un nombre d'années considérable, est sensiblement la même, en « sorte que l'homme, par une utile prévoyance, peut se mettre à l'abri de « l'irrégularité des saisons, en répandant également sur tous les temps, « les biens que la nature distribue d'une manière inégale.

« Dans une série d'événements, indéfiniment prolongée, l'action des « causes régulières et constantes doit l'emporter à la longue, sur celle des « causes irrégulières. » (Laplace, *Essai philosophique sur les probabilités.*)

Chomel, que la mortalité, dans la maladie qu'ils appellent fièvre ou affection typhoïde, est de un sur trois environ. Mais il ne fallait pas généraliser, comme ils l'ont fait, ce malheureux résultat. En effet, dans toute maladie, et particulièrement dans celle dont il s'agit, la mortalité et le traitement sont deux éléments corrélatifs, de telle sorte que le premier peut augmenter ou diminuer, selon que le second est bon ou mauvais (toutes les autres circonstances restant sensiblement les mêmes). Une expérience de quatre années nous a permis de mettre cette vérité dans toute son évidence. Par la nouvelle méthode que nous avons employée contre cette maladie, la mortalité s'est trouvé réduite à un sur sept environ, ainsi que nous le verrons plus loin, et tout me porte à croire que les cas soumis à notre traitement, considérés dans leur totalité, étaient plus graves encore que ceux où d'autres avaient essuyé une mortalité d'un sur trois à quatre. Ce qu'il y a de certain, c'est que nous avons retranché de cette catégorie plusieurs cas de simple fièvre bilieuse ou gastrique, tandis que MM. Chomel et Louis les y ont compris.

De même, MM. Louis et Chomel avaient trouvé que, dans la pneumonie ou pleuro-pneumonie, la mortalité était de un sur trois environ. Hé bien, il nous a été facile de prouver que cette effrayante mortalité provenait de ce qu'on n'avait point employé les saignées aussi énergiquement qu'on peut le faire aujourd'hui. Il résulte, en effet, d'un relevé de plus de cent malades, traités depuis quatre ans dans mon service, par la formule des saignées générales et locales coup sur coup, que la mortalité n'a été que de un sur huit à neuf, même en comprenant parmi les morts ceux qui succombèrent au moment de l'entrée, et qui, par conséquent, ne furent pas soumis à cette formule.

Ces résultats et d'autres semblables ont, je le sais, trouvé de nombreux contradicteurs, et tout récemment

encore une vive discussion s'est élevée à ce sujet au sein de l'Académie royale de médecine. M. Louis qui, comme on sait, a prodigieusement restreint le pouvoir de la saignée dans la guérison des inflammations, a soutenu, en pleine Académie, que notre formule n'était probablement pour rien dans les succès que nous avions obtenus. Lui même a, dit-il, perdu depuis quelque temps moins de péripneumoniques qu'autrefois, et bien qu'il ait saigné un peu plus largement, il n'explique pas cette heureuse différence par la modification légère qu'il a fait subir au traitement, mais par la *constitution médicale*. C'est donc à la bénignité de cette *constitution médicale*, que M. Louis semble vouloir rapporter les succès signalés que nous avons obtenus. J'ai été fort surpris, je l'avoue, de ce système d'argumentation de la part d'un observateur tel que M. Louis. Ma surprise a été d'autant plus grande, que jusqu'ici M. Louis, dans ses divers ouvrages, n'avait pas attaché une grande valeur à un pareil élément (1). Quoiqu'il en soit, je puis affirmer que M. Louis n'a pas été très heureux dans le choix de son argumentation (2). En effet, s'il était vrai que la *bénignité de la constitution médicale* eût été la cause du peu de mortalité chez nos péripneumoniques, la mortalité aurait dû diminuer dans la même proportion dans tous les autres services. Or, il n'en a point été ainsi; les relevés de M. Chomel en font foi.

---

(1) La *constitution médicale* est devenue le mot *d'ordre* de tous ceux qui n'ont pas de bonnes raisons à donner. Quelques autres attribuent au *hazard*, au *bonheur* les succès de leurs confrères. Voilà, en vérité, des expressions qui doivent bien s'étonner de trouver place dans une langue scientifique; mais, comme l'a dit l'auteur de l'Essai sur le calcul des probabilités, à la longue on finit par reconnaître qu'en pareille matière, les plus heureux sont les plus habiles.

(2) M. Louis a eu recours à d'autres lieux-communs dont je ne parlerai pas ici.

Un bon nombre d'élèves ont vu succomber dans divers services des péripneumoniques bien moins gravement atteints que plusieurs de ceux qui guérirent dans nos salles. J'ai rapporté, dans le *Journal hebdomadaire*, un cas de pneumonie des plus bénignes qui, traité à l'Hôtel-Dieu, par l'oxyde blanc d'antimoine se termina rapidement d'une manière funeste. Depuis vingt ans passés que je me livre assidument à l'observation, je n'ai point remarqué que les grandes différences de mortalité pussent raisonnablement et consciencieusement être rapportées surtout à ce qu'on appelle vaguement la *constitution médicale.* Il résulte des relevés de mes observations de pneumonies, recueillies en 1822, à l'hôpital Cochin, que la mortalité fut de 1 sur 4. Or, les cas de cette année là ne furent pas plus graves assurément que ceux où notre mortalité n'a été que de 1 sur 8 à 9. Il est pour moi aussi clair que le jour que la différence de mortalité, dans cette maladie comme dans plusieurs autres, et la rapidité des guérisons tiennent essentiellement au perfectionnement de la méthode thérapeutique, à l'emploi de la formule énergique des saignées coup sur coup. Cette conviction est aussi celle de toutes les personnes qui ont assisté pendant un certain temps à notre clinique, parmi lesquelles personnes il s'en trouve qui n'étaient rien moins que prévenues en faveur de notre méthode, et qui avaient eu M. Louis pour maître. Au reste, en voilà bien assez pour le moment sur ce sujet.

Concluons, en définitive, que la méthode numérique appliquée à des faits bien observés, bien classés, bien égalisés, est, dans l'état actuel de la thérapeutique, un puissant moyen de démonstration, et que l'ignorance ou la paresse pourraient seules en contester l'utilité.

Je me félicite de me trouver ici d'accord avec un savant observateur, dont je ne combats jamais qu'à regret les

opinions. M. Louis, l'un des plus zélés partisans de la méthode numérique, s'exprime ainsi dans ses *Recherches sur les effets de la saignée*, en réponse aux objections des médecins qui se sont déclarés contre la méthode dont il s'agit :

« La première et en apparence, la plus grave des objec-
« tions faites à cette méthode, c'est qu'il est difficile de
« réunir un nombre suffisant de cas d'une même mala-
« die, dont on puisse dire qu'ils sont identiques ; surtout
« si l'on prend garde qu'il n'existe peut-être pas deux cas
« d'une affection quelconque absolument semblables.

« Sans doute, si pour deux cas d'une même maladie
« ayant la ressemblance qui est nécessaire pour les grou-
« per, ils doivent être relatifs à des individus d'un âge
« parfaitement égal, de force, de stature, d'embonpoint
« mathématiquement semblables, etc., etc. ; si l'affection
« doit être très exactement à la même époque de sa durée,
« ou d'une étendue identique (à supposer que l'on puisse
« la mesurer) ; si le mouvement fébrile qui l'accompagne
« doit être le même, au point que les pulsations arté-
« rielles ne soient pas plus nombreuses, même de deux
« ou trois chez un sujet que chez l'autre ; si telles sont les
« conditions de la ressemblance dont il s'agit, il sera à
« jamais impossible de les trouver réunies, pas plus
« qu'on ne trouve sur un même arbre deux feuilles de
« forme, de couleur et d'épaisseur exactement sembla-
« bles. Et comme la nécessité de réunir des faits sem-
« blables pour les grouper et en conclure rigoureusement,
« n'est pas douteuse, il s'ensuivrait qu'il n'y aurait en
« médecine que des individualités ; qu'il y serait à ja-
« mais impossible de s'élever à un fait général quel-
« conque, même en pathologie ; qu'il n'y aurait pas
« moyen non plus de décrire une feuille d'arbre d'une ma-
« nière générale. »

Après avoir fait justice d'une telle logique, et avoir

prouvé « *qu'il n'est pas indispensable de tenir compte « de beaucoup de circonstances, pour apprécier d'une « manière générale, l'effet des agents thérapeutiques, « dans le traitement de plusieurs maladies,* » M. Louis poursuit ainsi :

« Que, par exemple, dans une épidémie quelconque « cinq cents malades, pris indistinctement parmi ceux « qui ont été atteints de la maladie régnante, aient été « soumis à une espèce de traitement ; que cinq cents « autres pris de la même manière, aient suivi un traite- « ment différent : ne devra-t-on conclure, s'il est mort « un plus grand nombre de malades parmi les premiers « que parmi les seconds, que le traitement des premiers « était inférieur à celui des autres ? on le devra nécessai- « rement, parce que sur un groupe de sujets aussi con- « sidérable, des circonstances semblables se seront né- « cessairement rencontrées ; et tout étant égal de part et « d'autre, à part le traitement, la conclusion sera rigou- « reuse (1).

---

(1) Certainement, si toutes les conditions du problème sont bien telles que les suppose ici M. Louis, et c'est pour cela que cet auteur devrait adopter la formule de traitement que nous opposons aux phlegmasies aiguës, car aujourd'hui plus de 500 malades traités par elle, ont démontré sa supériorité sur l'ancienne méthode. Il est très vrai qu'il peut rigoureusement arriver que les 500 malades d'une première série se trouvent dans des circonstances moins favorables que ceux d'une seconde, qu'il y en ait, par exemple, un plus grand nombre de gravement atteints dans l'une que dans l'autre, et dès lors la méthode numérique, employée sans égard à cette circonstance, donnerait nécessairement lieu à une conclusion peu exacte. Mais cela ne prouverait réellement rien contre elle ; que dis-je ? ce résultat déposerait en sa faveur, puisqu'il démontrerait que c'est pour n'avoir pas été appliquée avec toutes les précautions convenables, qu'elle a fourni un résultat fautif. Or, pour qu'une méthode donne les résultats rigoureux qu'on a droit d'en attendre, la première condition, c'est qu'elle soit employée d'après les règles qui lui ont été assignées par la *raison*.

« Remarquons, d'ailleurs, que l'objection faite à la « méthode numérique, c'est-à-dire la difficulté ou l'im- « possibilité de faire des groupes de faits semblables, est « la même pour toutes les méthodes qu'on voudrait lui « substituer: *Que c'est précisément à cause de l'impossi- « bilité d'apprécier chaque cas avec une exactitude en « quelque sorte mathématique, qu'il faut nécessaire- « ment compter, puisque les erreurs, des erreurs inévi- « tables, étant les mêmes pour deux groupes de malades « traités par des procédés différents, ces erreurs se com- « pensent, et peuvent être négligées, sans altérer sensi- « blement l'exactitude des résultats.*

« En définitive, c'est par les résultats qu'on peut appré- « cier la valeur des méthodes: on s'occupe depuis des « siècles de la thérapeutique, et la thérapeutique est dans « l'enfance. Il y a donc à faire autre chose que ce qu'on a « fait jusqu'ici: et comme les hommes habiles n'ont jamais « manqué à la science, c'est à la méthode ou plutôt au « manque de méthode, qu'il faut s'en prendre de l'état « actuel de la thérapeutique (1). »

« On parle sans cesse de l'expérience des siècles en « médecine; mais, comment cette expérience peut-elle

---

(1) M. Louis juge un peu sévèrement les siècles passés en disant que c'est au *manque de toute méthode* qu'il faut s'en prendre de l'etat actuel de la thérapeutique. Depuis déjà longtemps, on ne peut pas dire que les médecins ont manqué de toute méthode en matière de thérapeutique. Il y a plus, c'est que la méthode numérique elle-même n'a point été *inventée* mais précisée et perfectionnée par notre époque. Il en est de même de plusieurs autres méthodes. Il n'existe peut-être pas une seule époque où le calcul n'ait été *vaguement* appliqué à la thérapeutique, et où l'on n'ait soutenu la supériorité d'une méthode en disant qu'elle guérissait *plus* de malades que les autres; mais le mot *plus* devait être remplacé par un chiffre positif déduit d'un calcul exact. C'est, en effet, le seul moyen de donner aux résultats cette forme précise, sans laquelle il n'est point de véritable science.

« être une réalité, si ceux qui écrivent, au lieu de dire, « j'ai souvent vu, n'ont pas dit, j'ai vu tant et tant de « fois?.... Imaginez des milliers d'auteurs ayant suivi « cette marche, c'est comme si vous n'en aviez qu'un; « et, sous beaucoup de rapports, comme si vous n'en « aviez pas du tout. *Si donc, il y a moyen de recueillir « l'expérience des siècles en thérapeutique, ce ne peut « être qu'en employant la méthode numérique.* » (*Recherches sur les effets de la saignée*, pages 71 et suiv.)

Encore une fois, je me trouve heureux de partager l'opinion de M. Louis sur les avantages de l'application *bien entendue* de la méthode numérique aux faits de la médecine. Je suis seulement affligé que ce savant médecin, par des motifs que j'ignore, ne fasse cas des résultats de cette méthode qu'autant qu'ils s'accordent avec les siens. Il apprendra quelque jour, peut-être, combien il importe d'expérimenter, avant de nier ou d'interpréter les avantages numériques obtenus par une formule nouvelle.

ARTICLE IV.

De la démonstration de la vérité en Médecine, et du degré de certitude ou de conviction auquel on peut atteindre dans les questions de cette science.

Les considérations qu'il s'agit d'exposer ici sont presque un simple corollaire de ce que nous avons agité précédemment. En effet, on ne peut procéder à la démonstration de la vérité en médecine, que par l'observation, l'expérience et le raisonnement. La vérité d'un fait est démontrée quand ce fait est conforme à la saine observation et à la saine expérience, et la vérité des propositions générales, des lois, des théories est également démontrée quand elles ont été *exactement déduites de faits bien observés.*

Dans les sciences dites d'observation, il y a donc deux espèces de certitude, savoir : la *certitude expérimentale* acquise par le témoignage des sens, par la voie des agents de l'observation, et la *certitude logique*, *rationnelle* ou acquise par la voie de l'*intellection*, par le témoignage du *sens logique* (1). La certitude mathématique elle-même est comprise dans les deux grandes espèces dont il s'agit. Ces deux espèces de certitude supposent d'ailleurs certaines vérités premières, évidentes par elles-mêmes, connues sous le nom d'*axiômes*, et dont on a besoin même dans les sciences mathémathiques.

Dans l'état actuel de la médecine, il est un grand nombre de nos connaissances qui ont acquis le dernier degré de la certitude. Que penser par conséquent de ces gens qui, d'une manière absolue, traitent la médecine d'art conjectural ? Que répondre à ces personnes qui, assimilant les médecins aux anciens augures, viennent vous demander à l'oreille, si vous croyez à la médecine ? Il est, à la vérité, un bon nombre de questions médicales qui sont encore marquées au coin du doute et du que *sais-je ?* de Montaigne ; mais quelle est la science naturelle qui ait acquis dans toutes ses parties le plus haut degré de certitude ? Si la médecine compte plus d'incertitude que les autres parties de l'histoire naturelle, c'est qu'elle est plus compliquée qu'aucune d'elles, et que sa philosophie ne fait pour ainsi dire que d'entrer dans cette ère de précision et d'exactitude qui lui promet une si ample moisson de nouvelles certitudes.

---

(1) Ce dernier *sens*, l'un des plus précieux instruments de l'intelligence, juge, apprécie, distingue, voit, pour ainsi dire, les diverses qualités des *raisons*, des *preuves* apportées à l'appui des propositions mises en avant, comme l'œil voit, examine les objets sous le rapport de leurs couleurs, de leur forme, etc. Le sens logique est donc une sorte d'œil *intellectuel*.

Quoi qu'il en soit, la médecine en tant que science fondée sur l'observation et l'expérience, emploie pour prouver la vérité, les mêmes voies et moyens que les autres sciences de la même catégorie, savoir : la démonstration directe ou par les faits, et la démonstration indirecte ou par induction et analogie. Si dans certains cas, on arrive par voie d'hypothèse à la découverte de la vérité en médecine, comme dans quelques autres sciences, c'est à la condition que les hypothèses sont fondées elles-mêmes sur des faits ou du moins sur des principes de logique incontestables (1).

La démonstration par les faits est de toutes la seule à laquelle les bons esprits ne peuvent résister, la seule qui ait *réellement force de loi ;* aussi les assertions de pure induction, celles surtout dans lesquelles des hypothèses entrent comme éléments, n'obtiennent-elles définitivement le droit d'être mises au nombre des vérités incontestables, qu'autant qu'elles ont été confirmées par des faits positifs. Il ne faut pas néanmoins, à l'instar de quelques auteurs, affecter un mépris absolu pour les assertions fondées sur l'induction : il suffit de se réserver le droit de les soumettre à l'infaillible contrôle d'une exacte observation, d'une expérimentation précise. En effet, s'il est certain que l'induction ait été la source de graves et nombreuses erreurs, il ne l'est pas moins qu'on lui doit également des vérités du premier ordre. Si, d'un côté, par exemple, Bacon, cet éloquent et profond défenseur de la méthode expérimentale,

---

(1) Un illustre géomètre a dit : « Si l'on essayait toutes les hypothèses que « l'on peut former sur la cause des phénomènes, on parviendrait, par « voie d'exclusion, à la véritable ; ce moyen a été employé avec succès : « quelquefois, on est arrivé à plusieurs hypothèses qui expliquaient également bien tous les faits connus, et entre lesquelles les savants se sont « partagés, jusqu'à ce que des observations directes aient fait connaître « la véritable. » (Laplace, *Essai sur les probabilités.*)

est faussement arrivé par *induction* à soutenir, contrairement à Galilée, l'immobilité de la terre; d'un autre côté, le grand Newton doit à cette même méthode son théorème du Binome, le principe de la gravitation universelle, de la combustibilité du diamant, de la présence d'un corps combustible dans l'eau, etc. C'est aussi par induction qu'on a d'abord admis et pour ainsi dire *deviné* le principe inflammatoire de certaines maladies encore peu connues, qu'on a rapporté certaines hydropisies à un obstacle au cours du sang veineux, à l'oblitération des veines, par exemple, etc., etc. (1).

Sans doute, on peut arriver à l'erreur par la voie de l'induction, et cela ne saurait manquer, si les données sur lesquelles cette méthode s'exerce manquent d'exactitude; mais alors l'erreur n'est pas le fait de l'induction. Or, quelle est la méthode qu'il ne faudrait pas abandonner, si, pour en agir ainsi, il suffisait d'avoir à lui reprocher de pareilles erreurs?

En somme, il est très vrai que les jugements par induc-

---

(1) Je ne puis m'empêcher de rapporter ici le passage suivant de l'*Essai philosophique sur les probabilités*, ouvrage que j'ai déjà si souvent cité : « L'induction, l'analogie, des hypothèses fondées sur les faits et rectifiées « sans cesse par de nouvelles observations, un tact heureux donné par la « nature et fortifié par des comparaisons nombreuses de ses indications avec « l'expérience, tels sont les principaux moyens de parvenir à la vérité.

« Si l'on considère avec attention la série des objets de même nature, « on aperçoit entre eux et dans leurs changements, des rapports qui se « manifestent de plus en plus à mesure que la série se prolonge, et qui, en « s'étendant et se généralisant sans cesse conduisent enfin au principe dont « ils dérivent. Mais souvent ces rapports sont enveloppés de tant de cir- « constances étrangères, qu'il faut une grande sagacité pour les démêler et « pour remonter à ce principe : *c'est en cela que consiste le véritable génie* « *des sciences.* C'est à ce moyen fécond que l'on donne le nom d'INDUCTION. « Newton lui doit son théorème du binome et du principe de la gravita- « tion universelle. »

tion sont moins solides que les jugements par démonstration directe, mais ce n'est pas une raison pour y renoncer entièrement; il faut seulement se réserver le droit de les vérifier par cette dernière méthode.

An nombre des arguments indirects ou si l'on veut par *induction*, que j'ai fait valoir pour prouver la coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu, j'ai placé le suivant, savoir : que rien n'est plus commun que de rencontrer des *maladies dites organiques du cœur* chez les individus qui ont eu autrefois un rhumatisme articulaire aigu, et qu'à l'ouverture des cadavres de ces individus on trouve des lésions du péricarde et de l'endocarde qui, de l'aveu de tous les bons observateurs, sont les conséquences d'une ancienne inflammation de ces membranes séro-fibreuses. Or, dans une discussion récente à ce sujet, j'entendis, avec quelque surprise, M. Chomel déclarer que l'*induction* ne prouve rien (1). Ma surprise était d'autant plus légitime qu'un auteur dont M. Chomel ne récusera point l'autorité a écrit : que déduire des faits les INDUCTIONS et les conséquences qui en émanent, est une des qualités nécessaires à l'observateur (M. Chomel, *Pathol. gén.*, page 449; 2e édit.).

C'est particulièrement dans le diagnostic qu'on ne peut souvent se passer de la méthode de l'*induction* et de la conclusion par analogie. Ceux mêmes qui blâment cette méthode sont à chaque instant obligés d'y recourir.

Quelques observateurs ont désigné sous le nom d'idées ou de conceptions *à priori*, une foule de jugements fondés sur l'analogie, ou fournis par l'induction. C'est ce qui est

---

(1) Que M. Chomel eût dit que l'*induction* dont je me suis servi ne prouvait rien, à la bonne heure. J'aurais pu me tromper, en effet, par voie d'induction, dans le cas particulier dont il s'agit, sans que cela prouvât autre chose, sinon que je n'avais pas *induit* logiquement.

arrivé à M. Louis, qui se prononce hautement contre cette méthode dans les passages suivants :

« Et quand me formant *à priori* une idée sur la valeur « de certains faits, car on pense bien que cela m'est ar- « rivé plus d'une fois, j'étudiais ces faits d'une manière « rigoureuse pour savoir à quoi m'en tenir, ce dont je ne « me suis jamais dispensé ; savez-vous, lecteur, ce qui « m'arrivait ? *De ne jamais rencontrer juste ;* de manière « que le résultat de mes analyses a toujours été opposé, « ou très différent de celui que l'analogie m'avait porté « à admettre » (*Examen de l'Examen de M. Broussais*, etc., page 25).

Un peu plus loin (page 26), M. Louis ajoute : « que le « lecteur ne l'oublie pas : toutes les fois que j'ai cherché « *à priori* la valeur ou l'influence d'un phénomène quel- « conque dans une maladie, j'ai rencontré faux ; et quel- « que supériorité que je puisse reconnaître dans mes « confrères, il ne m'est pas possible de les croire beaucoup « plus heureux dans ce genre. »

Voilà, certes, de bonnes raisons pour renoncer aux *à priori* et *aux conclusions par analogie !* Cependant, M. Louis juge encore ici *à priori* ou par *analogie,* quand il dit qu'il ne lui est pas possible de croire ses confrères beaucoup plus heureux que lui. Or, ce jugement ne fait que prouver de nouveau combien réellement M. Louis est malheureux en raisonnement par analogie. En effet, il n'est personne qui ne sache que, dans un bon nombre de cas, des conclusions par analogie ont été vérifiées par les faits, en médecine comme dans les autres sciences.

« *C'est surtout* pour tout ce qui est du domaine de la « thérapeutique, dont on n'a fait, jusqu'ici, en quelque « sorte, qu'un corollaire de la pathologie, poursuit « M. Louis, *que toutes les* fois qu'une proposition n'est « pas l'expression pure et simple de l'analyse rigoureuse

« d'un *plus ou moins grand nombre* de faits bien obser-
« vés, on doit la considérer comme fausse, ou tout au
« moins douteuse ou non démontrée » (page 26).

Il va sans dire assurément qu'une proposition qui n'est pas l'expression de l'analyse d'un plus ou moins grand nombre de faits bien observés, ne doit pas être considérée comme démontrée, ni partant comme fausse, quoi qu'en dise M. Louis (car il faut une démonstration pour établir la fausseté d'une proposition aussi bien que pour en établir la vérité). Mais tout cela ne prouve rien contre les conclusions par analogie, et ces conclusions sont toujours légitimes, pourvu qu'elles soient conformes aux règles d'une saine et exacte *logique*.

Il est vrai que, s'il fallait en croire un passage de M. Louis, cet auteur n'aurait pas beaucoup de goût pour la médecine rationnelle et partant pour la logique, sans laquelle on ne peut concevoir de médecine rationnelle, ni même aucune espèce de médecine. « Si, dit-il, l'on en-
« tend par motifs, comme par indications, des considé-
« rations *à priori*, cette manière de voir est tout-à-fait
« hypothétique, rentre dans la *médecine rationnelle*, mé-
« decine d'essai, à laquelle on ne peut recourir que faute
« de mieux, quand l'expérience n'a pas encore parlé : et
« *je la repousse de toutes mes forces* » (*Rech. sur la saig.*, pages 78, 79).

Qu'entend ici M. Louis par considérations *à priori*? Qu'est-ce que la médecine rationnelle qu'il repousse de toutes ses forces ? j'avoue que je ne trouve pas cela très clair. Si M. Louis repousse de toutes ses forces la médecine *rationnelle*, comment repoussera-t-il la médecine *irrationnelle?* Il sait très bien que personne ne conteste la nécessité de l'expérience en médecine ; mais encore une fois la raison et la logique ne sont pas les ennemies de l'expérience ; elles en sont au contraire, les alliées natu-

relles, et concourent avec elles à l'accomplissement du grand œuvre de la médecine. Avant donc de repousser ainsi la médecine *rationnelle*, qu'on nous dise au moins ce qu'on entend précisément par ce mot.

Quoi qu'il en soit, la saine logique veut que les analogies d'après lesquelles on conclut, soit en *théorie*, soit surtout en *pratique*, comme on dit, soient bien réelles. Que si, au contraire, on ne conclut que sur de *fausses analogies*, il n'est pas étonnant *que l'on rencontre faux*, comme cela est arrivé à M. Louis ; ce qui serait étonnant, ce serait de rencontrer *juste*, en partant d'une donnée *fausse*. Ainsi, par exemple, si de ce que, dans le traitement de *quelques maladies inflammatoires, telles que la pleuro-pneumonie, l'érysipèle de la face, l'angine gutturale*, M. Louis n'a pas obtenu de très beaux effets de la méthode des émissions sanguines qu'il a cru devoir adopter, il ne faudrait pas en conclure *par analogie* que d'autres praticiens, dans des cas semblables, n'ont pas été plus heureux, en employant une autre formule des émissions sanguines, celle des saignées coup sur coup entre autres, telle que je l'ai exposée ailleurs. Il n'y a, en effet, aucune grande analogie, aucune parité entre cette formule et celle dont M. Louis s'est servi, et par conséquent les résultats doivent être fort différents, sans qu'il soit nécessaire pour expliquer cette énorme différence à l'avantage de notre formule, de recourir, comme l'a fait M. Louis, à l'influence de la constitution médicale, le plus banal à la fois et le plus malheureux de tous les arguments que l'on puisse invoquer en pareille occurence (1).

---

(1) Voyez, à cet égard, dans les journaux de médecine, le compte rendu d'une longue discussion sur les avantages de notre formule des émissions sanguines, discussion, qui a eu lieu au sein de l'Académie royale de Médecine. N'est-il pas singulier qu'un observateur qui s'élève avec tant de

Toutefois, qu'on n'aille pas, exagérant, selon la coutume de quelques-uns, notre opinion sur la valeur des preuves par *à priori* ou des arguments par induction

---

force contre les suppositions gratuites, les *à priori*, ne se soit fait aucun scrupule de juger une formule qu'il n'a point essayée, et n'ait trouvé d'autre argument à lui opposer que celui de la constitution médicale! La constitution médicale! mais cette constitution médicale n'était-elle pas la même dans les divers hôpitaux, dans les divers services du même hôpital? et cependant la mortalité qui était de 1 sur 3 ou sur 4 là où la vieille méthode était employée, n'était que de 1 sur 8 à 9 là où la nouvelle formule était appliquée !

Ce n'est pas là, d'ailleurs, la seule hypothèse à laquelle M. Louis ait cru devoir recourir. Dans son mémoire *sur les effets de la saignée*, il n'a pas même parlé de la constitution médicale ; mais voici les autres suppositions que M. Louis, cet adversaire des *à priori*, des *inductions* hypothétiques, a cru devoir mettre en avant. Il conclut de *ses* faits « que l'influence de la « saignée n'a pas été plus marquée dans les cas où elle a été copieuse et ré« pétée, que dans ceux où elle a été unique et abondante ; *qu'on ne jugule « pas les inflammations comme on se plaît trop souvent à le dire, que dans « les cas où il paraît en être autrement, c'est sans doute, ou parce qu'il y a « eu erreur de diagnostic, ou parce que l'émission sanguine a eu lieu à une « époque avancée de la maladie, quand celle-ci était voisine de son déclin* ; « qu'il serait bon néanmoins d'essayer, dans les maladies inflammatoires, « dont le péril est imminent, la péripneumonie, par exemple, si une pre« mière saignée, poussée jusqu'à la syncope, de 25 à 30 onces et plus, « n'aurait pas eu un plus grand succès. » (*Recherches sur les effets de la saignée*, pag. 31).

On le voit, M. Louis, que l'expérience décourageante qu'il en a faite aurait dû rendre sobre en matière d'*à priori* et de suppositions, entasse ici hypothèse sur hypothèse pour réfuter ceux qui ont été plus heureux que lui dans le traitement des phlegmasies auxquelles s'appliquent ses *Recherches sur les effets de la saignée*. N'eut-il pas été plus simple à la fois et plus utile à la saine thérapeutique de vérifier les faits publiés par d'autres, d'expérimenter soi-même? Alors, on n'aurait pas fait planer sur ses adversaires le soupçon peu flatteur d'erreur de diagnostic (et dans quelles maladies! l'érysipèle de la face, l'angine gutturale, la pleuro-pneumonie, c'est-à-dire l'A, B, C, du diagnostic); et on n'aurait pas allégué que l'émission sanguine a eu lieu vers le déclin de la maladie, puisqu'il serait par trop

nous faire dire que cette méthode de *raisonnement* ou d'argumentation est suffisante en médecine, et qu'elle doit être mise sur la même ligne que l'argumentation *directe* : telle n'est pas assurément notre conclusion. Nous répétons, au contraire, qu'en médecine, les assertions par simple et pure *induction* doivent être soumises au contrôle des faits, doivent être passées au creuset de l'expérience et de l'observation directe. Ce qui nous paraît peu sage, c'est que, tombant d'un excès dans un autre, on proscrive formellement du domaine de la médecine l'usage de l'induction, et nous croyons être en cela de l'avis de tous les vrais observateurs.

La démonstration par *analogie* rentre évidemment dans celle par induction, dont elle n'est qu'une forme. « L'analogie, dit Laplace, est fondée sur la probabilité « que les choses semblables ont des causes du même genre « et produisent les mêmes effets. Plus la similitude est « parfaite, plus cette probabilité augmente. » En physique, en chimie, en médecine, rien n'est plus commun que les conclusions par analogie.

La ressemblance des phénomènes électriques avec les effets du tonnerre, a conduit à la découverte de l'électricité de l'atmosphère et des nuages. Lorsque certaines altérations, le *ramollissement*, par exemple, ont été évidemment la suite d'une inflammation dans un organe, et qu'on les trouve dans un autre organe, on en conclut par analogie que là aussi elles ont été l'effet d'une inflammation. Voici un exemple moins sujet à discussion que le précédent : les adhérences celluleuses, fibreuses, fibro-cartila-

---

absurde de dire qu'on a *jugulé* une maladie qui touchait à sa fin. Certes, après ces nouveaux mécomptes au sujet de ses *à priori* et de ses hypothèses, il y a lieu d'espérer que notre savant confrère, M. Louis, y renoncera désormais.

gineuses de la plèvre étant généralement considérées comme des conséquences d'une inflammation, d'une pleurésie, on a conclu par analogie que des adhérences ou des productions semblables dans le péricarde ou dans l'endocarde étaient également les suites d'une inflammation, d'une péricardite et d'une endocardite. Ici la probabilité équivaut en quelque sorte à la certitude, et la preuve par analogie dispense presque de la preuve directe. Cependant, même dans ces cas, et surtout dans ceux où l'analogie est moins pressante, on ne doit affirmer les choses, en dernier ressort, qu'après avoir obtenu l'approbation des faits, la sanction de la méthode *démonstrative*, *directe*, *expérimentale*.

En résumé, la complexité effrayante de la plupart des problêmes de la médecine, les obstacles qu'on éprouve dans l'application des méthodes exactes d'observation et d'expérimentation, placent la science dont il s'agit au nombre de celles dans lesquelles on parvient le plus lentement et le plus rarement à la certitude absolue. Toutefois, les diverses parties de la médecine ne se ressemblent pas parfaitement sous ce rapport. Ainsi, de toutes ces parties, celles dans lesquelles une entière certitude est le plus difficile à acquérir, sont la *nature* et le *traitement* des maladies. Voilà pourquoi dans tous les temps et encore de nos jours, tant de disputes agitent le monde médical, quand il s'agit de certaines questions relatives á ces deux branches de la médecine.

Il suit de ce qui précède que la *conviction* en médecine doit être et est réellement une chose difficile, surtout en matière de thérapeutique et de nosogénie. Aussi, un déplorable esprit de doute avait-il envahi presque de toutes parts le domaine de la science. Certes, c'est un grand progrès que d'avoir appris à douter des vieux préjugés, des anciennes erreurs: c'est là le triomphe du doute philosophi-

que, du doute *cartésien*. Malheureusement le scepticisme médical se répand souvent hors de ses justes limites, et ce système ainsi débordé range les choses que les faits ont réellement démontrées au nombre des simples probabilités, des conjectures, des vraisemblances.

A l'époque des grandes réformes scientifiques, on voit cet esprit de doute passer de quelques hommes influents dans les masses ou le vulgaire des savants, et, comme une contagion, frapper épidémiquement toute une génération, toute une époque. C'est alors que les hommes vraiment supérieurs qui ont plus vu et mieux vu que les autres, passent pour des exaltés, des enthousiastes, des visionnaires, des monomaniaques. Cette dernière classe d'hommes se rencontre, en effet; mais il ne faut pas confondre avec ceux-ci, les hommes de *conviction*. La distinction, il est vrai, n'est pas toujours chose facile, et les ennemis du progrès, mettant à profit, exploitant cette circonstance, ne manquent jamais d'exagérer les opinions, les doctrines professées par les auteurs des vérités nouvelles. En les travestissant ainsi, en les chargeant, en les parodiant, si j'ose me servir de ce mot, ils parviennent à les démonétiser pour un certain temps, à les rendre absurdes ou ridicules. Cette tactique est bien connue et si je voulais en citer des exemples, je n'aurais que l'embarras du choix.

C'est ici qu'il importe d'établir une ligne profonde de démarcation entre la simple croyance ou foi scientifique et la conviction proprement dite. Il y a une distance infinie entre une croyance et une conviction. La première est souvent aveugle, la seconde toujours éclairée. On croit sur la simple autorité de tel ou tel homme : *magister dixit*; mais la conviction ne prend jamais sa source dans la simple autorité; elle ne se forme que par l'intermédiaire des faits, que par la voie démonstrative; et sans mépriser absolument le pouvoir de l'autorité, elle ne fait cependant

cas de celle-ci qu'après l'avoir contrôlée par l'expérience et l'observation, ces grandes maîtresses dont l'autorité seule ne trompe jamais. Rien n'est plus facile que de croire, rien, au contraire, comme nous l'avons dit, n'est plus difficile que d'être convaincu. Qu'on ne l'oublie donc pas : le doute n'est pas le dernier mot de la science, c'est la conviction ; et pour arriver jusqu'à celle-ci, en médecine, il faut traverser tant de résistances, remuer tant de faits, lever tant d'objections, braver tant de préjugés, qu'on ne doit pas s'étonner si les hommes convaincus sont si rares : *apparent rari nantes in gurgite vasto.*

Si l'on réfléchit sérieusement à toutes les circonstances que nous avons examinées en général, et sur lesquelles nous reviendrons avec quelques détails, dans le courant de cet Essai ; si l'on se fait une idée bien juste de la nature ou du génie de la médecine, on ne sera point surpris des nombreuses disputes qui, dans tous les temps, et même encore dans le nôtre, ont eu pour sujet le plus ou le moins de certitude de cette immense branche des connaissances humaines. Pour exprimer les différents degrés de cette certitude, on se sert des mots : *je suis intimement convaincu*, *il m'est clairement démontré*, qui en indiquent le plus haut degré ; et de ceux-ci, *je crois*, *je présume*, *je soupçonne*, *je conjecture*, *il est probable*, *il me semble probable*, *il est douteux*, etc., qui nous représentent des degrés intermédiaires entre l'ignorance absolue ou le zéro de la science et le degré précédent, savoir celui du *maximum* de la certitude. Telle est l'échelle que parcourent ordinairement les vérités ; telle est pour ainsi dire leur *évolution.* Ce qui nous paraît aujourd'hui une vérité parfaitement démontrée, comme le mouvement de la terre, la circulation du sang, par exemple, fut autrefois considéré comme une insigne hérésie, comme une conjecture, un doute, etc.

On ne nous accusera pas, après ce qui précède, de ne

voir aucune question incertaine, de ne *douter de rien en médecine. Douter de tout, ne douter de rien,* voilà les deux extrêmes dont il est facile de faire justice. Mais, entre ces deux extrêmes, il est une foule de degrés, et pour déterminer le vrai *juste-milieu* de cette longue chaîne, il faut une somme de connaissances que possèdent seuls les hommes qui, à un génie vraiment supérieur, unissent une expérience plus vaste, plus étendue, plus précise, plus *éclairée* que celle du vulgaire des savants. Et, comme l'appréciation de la valeur scientifique des hommes est elle-même l'un des plus ardus problêmes qui se puissent rencontrer, et que partant sa solution est le plus souvent erronée, il s'ensuit que tel qui passe pour être le représentant du véritable *juste-milieu* ne l'est nullement, et que ce représentant n'est autre, au contraire, qu'un de ces hommes à *conviction* qui portent seuls le nom d'*exagérés*, d'*exaltés*, etc., comme si le doute n'avait pas son exagération tout aussi bien que la conviction.

En effet, le lecteur n'a pas oublié que l'histoire des révolutions scientifiques nous apprend que tel savant dont la *conviction* fut autrefois considérée comme une hérésie, comme une croyance d'enthousiaste ou d'insensé, a été généralement regardé plus tard comme le représentant de la vérité, c'est-à-dire du *juste-milieu* par excellence. Combien d'hommes qu'on accuse aujourd'hui de convictions exagérées ou prématurées, seront un jour les représentants de nouvelles vérités dont la masse du vulgaire doutait de leur temps!

Il résulte des précédentes réflexions qu'en exprimant par les mots *juste-milieu*, *éclectisme*, ce qu'on désignait vulgairement sous les noms de *vérité*, de *raison*, tout le monde prétend être dans ce *juste-milieu*, dans cet *éclectisme*, comme avant l'emploi de ces mots, tout le monde croyait avoir la *vérité* et la *raison* de son côté. Quand on

se sert de mots aussi vagues, aussi généraux, et qu'on se dispute sur un pareil terrain, on peut être certain que les disputes dureront longtemps.

Quoiqu'il en soit, s'il est bien vrai que parmi les hommes qui font autorité en matière de médecine, il existe une foule d'opinions générales et spéciales, ou directement opposées, ou simplement différentes, quelle sera la triste condition de ceux qui, ne pouvant pas consulter les *grands maîtres*, c'est-à-dire les faits, chercheront cependant la vérité de bonne foi et avec toute l'ardeur qu'inspire ordinairement la jeunesse? L'empire de la science, en proie à une guerre civile d'un nouveau genre, deviendra une arène où souvent, de chaque côté, on verra les combattants servir plus les hommes que la vérité. Ces disputes médicales, malheureusement plus communes et plus vives que celles des autres sciences naturelles, sont les inévitables accidents des progrès de la science: ce sont comme les orages qui en purifient l'atmosphère; il faut donc les supporter avec résignation.

Dans les grandes et violentes discussions que soulèvent les révolutions scientifiques, une masse assez considérable d'hommes honorables ne se trouvant pas suffisamment éclairés pour prendre une résolution décisive, qui expose à une responsabilité plus ou moins sérieuse, forment ce parti dit *éclectique* auquel obéit le public médical, jusqu'au moment où la vérité ait brillé dans tout son jour, ait éclaté dans toute sa force (1).

---

(1) Le vrai mouvement de la science ne commence qu'à cette époque. Jusque-là, les opinions contradictoires se faisant pour ainsi dire équilibre, la science était restée stationnaire, et le doute est vraiment l'image de cette sorte d'immobilité *active* due à la neutralisation réciproque des opinions divergentes.

On pourrait donc appliquer aux questions de progrès et d'immobilité

Les résistances qu'éprouvent ainsi les vérités nouvelles sont faciles à concevoir à quiconque s'est un peu familiarisé avec l'étude de l'esprit et du cœur humain. Ces réformes ébranlent trop brusquement les anciennes opinions, elles choquent trop vivement les vieux préjugés pour ne pas en éprouver une réaction plus ou moins forte. Il serait, sans doute, à désirer que l'humanité ne procédât pas brusquement, mais au contraire, par des efforts gradués, à la conquête de nouvelles vérités (1). Mais,

---

scientifique, les principes de la statique et de la dynamique proprement dites : il suffit pour cela de considérer les opinions comme des forces et la science comme un point qu'elles sollicitent. Ainsi, l'action de ces forces diverses est nulle quant au mouvement, elles laissent pour ainsi dire la science en repos, lorsqu'elles s'entredétruisent. C'est là un *équilibre scientifique*. Le cas le plus simple de ce *statu quo*, de cette immobilité scientifique est celui où deux opinions directement opposées sont égales en puissance. Si les deux opinions ne sont pas diamètralement opposées, si elles sont en quelque sorte obliques l'une à l'autre, la science se meut dans une direction moyenne, véritable *résultante* en dynamique scientifique. Si les deux opinions sont inégales en force et en puissance, la science se meut dans le sens de la plus énergique, en perdant de son intensité une somme égale à celle de la force moindre, c'est-à-dire, comme s'il était sollicité par la différence d'action qui existe entre lés deux opinions.

Dans son *Essai philosophique sur le calcul des probabilités* (page 48), Laplace *considère comme des mouvements les actions psycologiques elles-mêmes, et les assujettit aux lois de la dynamique*. Selon lui, *presque toutes les comparaisons que nous tirons des objets matériels, pour rendre sensibles les choses intellectuelles, sont au fond des identités* : il dit positivement que l'*hésitation entre des motifs opposés, est un équilibre de forces égales.*

(1) Poursuivant sa comparaison des objets matériels avec les choses intellectuelles, Laplace dit, à cette occasion : « Les changements brusques « que l'on produit dans le *sensorium*, éprouvent la résistance qu'un sys- « tème matériel oppose à des changements semblables ; et si l'on veut « éviter les secousses et ne pas perdre de force vive, il faut agir comme « dans ce système, par nuances insensibles. »

Heureusement que la *force vive* des générations est inépuisable, et que les résistances qu'elle ne peut surmonter à une époque, lui cédent plus tard.

encore une fois, il paraît que telle n'est pas la *loi* qui a été imposée à notre nature, puisque la plupart des grandes révolutions scientifiques n'ont pu s'accomplir sans de violentes secousses, et partant sans une grande déperdition de *force vive*.

Il serait d'une haute importance de pouvoir déterminer, d'une manière rigoureuse, les diverses conditions d'où naissent quelquefois tant d'opinions diverses sur une seule et même question (*tot capita, tot sensus*), dans les sciences d'observation en général, et dans la médecine en particulier. Il en est quelques-unes qu'on peut indiquer.

1° Il est indubitable que, toutes choses étant d'ailleurs égales, les opinions et la forme de leur expression varieront selon les dispositions primordiales que l'esprit de conviction a reçues de la nature chez les divers individus.

2° Il n'est pas moins certain que la dissidence d'opinion tient souvent à ce que les hommes n'ont pas tous étudié les questions en litige avec la même attention, et ne possèdent pas tous la même somme de faits ou de données à ce sujet. Nous croyons par conséquent qu'on peut, avec les restrictions convenables, appliquer à certaines questions médicales, les réflexions suivantes de Laplace. Après avoir dit que « la croyance ou l'adhésion que nous donnons « à une proposition est ordinairement fondée sur l'évi- « dence, sur le témoignage des sens, ou sur des proba- « bilités, et que dans ce dernier cas son degré de force dé- « pend de celui de la probabilité qui dépend elle-même « des données que chaque individu peut avoir sur l'objet « de son jugement, » Laplace poursuit ainsi :

« Dans les choses qui ne sont que vraisemblables, la « différence des données que chaque homme a sur elles, « est une des causes principales de la diversité des opi- « nions que l'on voit régner sur les mêmes objets.

« C'est ainsi que le même fait, récité devant une nom-
« breuse assemblée, obtient divers degrés de croyance,
« suivant l'étendue des connaissances des auditeurs. Si
« l'homme qui le rapporte en est intimement persuadé,
« et si, par son état et son caractère, il inspire de la con-
« fiance; son récit, quelque extraordinaire qu'il soit,
« aura, pour les auditeurs dépourvus de lumière, le
« même degré de vraisemblance, qu'un fait ordinaire
« rapporté par le même homme, et ils lui ajouteront une foi
« entière. Cependant si quelqu'un d'eux sait que le même
« fait est rejeté par d'autres hommes également respecta-
« bles, il sera dans le doute; et le fait sera jugé faux par les
« auditeurs éclairés qui le trouveront contraire, soit à des
« faits bien avérés, soit aux lois immuables de la nature.

« C'est à l'influence de l'opinion de ceux que la multi-
« tude juge les plus instruits, et à qui elle a coutume de
« donner sa confiance sur les plus importants objets de la
« vie, qu'est due la propagation de ces erreurs qui, dans
« les temps d'ignorance ont couvert la face du monde. La
« magie et l'astrologie, nous en offrent deux grands
« exemples. Ces erreurs, adoptées sans examen, et
« n'ayant pour base que l'esprit de croyance, se sont
« maintenues pendant très longtemps, jusqu'à ce qu'en-
« fin le progrès des sciences les ait détruites. »

Oui, ces réflexions de l'illustre auteur de la *Mécanique céleste* sont d'une grande justesse, et il ne faut pas les oublier, quand il s'agit de la philosophie des opinions humaines en général. Oui, sans doute, en médecine particulièrement, les opinions sont plus ou moins certaines selon les lumières naturelles ou acquises des hommes, de même que selon les lumières des générations. Et comme il est bien vrai qu'en médecine ainsi qu'ailleurs, *la propagation des erreurs est due principalement à l'influence de l'opinion de ceux que la multitude juge les plus instruits,*

de quelles erreurs ne doit point être infestée une grande partie de ces générations médicales, qui ont sucé pour ainsi dire les doctrines de ces ignorants, ou de ces trompeurs que la multitude jugeait les plus instruits! Mais le voile finit par tomber tôt ou tard; les bons esprits comprennent que le vulgaire proprement dit est fort mauvais juge en médecine, et qu'il ne lui arrive que trop souvent, surtout dans les temps ou la presse et la parole ne sont pas libres, de *juger les plus instruits*, ceux qui ne méritent d'autre palme que celle de l'ignorance et de la médiocrité. C'est par leurs œuvres qu'il faut juger les médecins comme les autres hommes.

Il est digne de remarque qu'en général, les hommes éclairés qui arrivent le plus promptement à la conviction dans les choses susceptibles de démonstration, sont aussi les premiers à douter de ces croyances et de ces préjugés absurdes qui se disputent l'aveugle crédulité du vulgaire. De ce doute, ils ne tardent pas à s'élever jusqu'à la négation, qui n'est pour ainsi dire que l'une des formes par lesquelles se révèle la conviction.

En médecine donc, comme dans toutes les sciences analogues, la certitude, la vraisemblance, la probabilité d'une chose, sont des états, jusqu'à un certain point, relatifs aux personnes, aux temps, etc. La différence des lumières, des données que l'on possède sur les questions qu'il s'agit de juger, est un élément d'une valeur immense, et auquel on ne fait pas toujours assez d'attention. Privés des conditions nécessaires pour bien apprécier les médecins et la médecine, les gens du monde tombent, à chaque instant, dans les plus grossières erreurs sur la matière qui nous occupe. Pour eux, les choses les plus absurdes, telles que les miracles du magnétisme, de l'homœopathie, et de mille pratiques pareilles, marchent sur la même ligne que les véritables méthodes thérapeutiques.

Puisque dans les sciences de faits et d'observation en général et en médecine particulièrement, la certitude est l'état définitif, et le doute un état purement transitoire, pour franchir l'intervalle qui sépare le doute de la certitude, il faut en appeler à de nouveaux faits. Mais, dira-t-on, quel est le nombre de faits nécessaires pour donner force de certitude à une opinion ? Il est impossible de répondre, d'une manière précise, à cette question. En effet, d'une part, les opinions roulent sur des sujets plus ou moins difficiles, et l'esprit de conviction n'est pas le même chez tous les hommes. Or, il est clair que plus les sujets sont obscurs et compliqués, plus il faut de faits pour entraîner la conviction; que plus les esprits sont réfractaires à la conviction, plus aussi la somme des faits doit être considérable. Enfin, les faits eux-mêmes sont plus ou moins convaincants, selon qu'ils ont été recueillis avec plus ou moins d'exactitude. Il est des cas où un seul fait bien observé, bien interprété, porte avec soi la conviction. Il est d'autres cas ou dix, vingt, trente faits ne convainquent point, parce qu'ils manquent de détails, de circonstances capitales, etc.

Au reste, ce n'est qu'en descendant dans les particularités de la science, qu'on peut trouver l'application des principes que nous venons de poser. Nous y renvoyons donc, mais auparavant nous recommandons au lecteur de méditer les réflexions suivantes, qui rentrent dans notre sujet, et dont le fond se trouve dans l'*Essai philosophique sur les probabilités*.

Puisque, comme l'a très bien vu Laplace, c'est une sorte de vérité mathématique que les nouvelles convictions ne se font jour dans les intelligences qu'à travers les résistances que leur opposent et les anciennes opinions d'une part, et les passions et les intérêts de l'autre, il est tout naturel que ces convictions s'emparent plus facilement de

l'esprit des nouvelles générations, chez lesquelles les causes de résistance se rencontrent à leur minimum.

C'est donc chez les jeunes gens que les nouveaux progrès doivent surtout chercher de généreux défenseurs. C'est aux générations nouvelles qu'est spécialement réservé l'insigne honneur de faire triompher les convictions si laborieusement enfantées par ces génies privilégiés, dont la nature est avare, et dont les grands noms marquent les différentes ères scientifiques. Qu'elles n'oublient jamais que souvent le seul crime des hommes persécutés par leurs contemporains, fut d'avoir été doués d'un génie plus perçant que le reste des hommes. Ces aigles de la science, qui voient plus vite et plus loin que les autres hommes, seraient-ils donc les seuls pour lesquels on violerait la sainte loi de la tolérance? Faut-il réserver toute son admiration pour ces savants qui ne nous représentent la science qu'avec un bandeau sur les yeux, et qui, comme certains oiseaux nocturnes, ne peuvent supporter la vive lumière de la conviction? Sachons douter, je le répète, quand les faits n'ont pas assez parlé, mais sachons aussi nous avouer convaincus quand, par une suffisante interrogation, nous les avons forcés à nous révéler la vérité. Or, comme *on l'a dit avec raison*, les faits ne sont muets que pour ceux qui ne savent pas les interroger. On serait étonné au dernier point, si l'on savait combien de doutes sur des questions de fait sont évidemment dus à l'ignorance, à l'incompétence, à la paresse de ceux qui les ont. C'est une grande et commune erreur de prendre les doutes de certains auteurs pour l'expression réelle de l'état de la science (1).

---

(1) Ce n'est point pour les questions de fait que Montaigne lui-même a donné le doute comme le dernier mot de la science. Que s'il s'agit de l'essence même et des *causes premières* des phénomènes, choses qui échappent

Au reste, nous ne saurions trop le redire : tenons-nous toujours bien en garde contre cette tendance à l'exagération, à laquelle la plupart des hommes sont enclins, mais sans perdre de vue que l'exagération du doute n'est pas plus philosophique que celle de la conviction.

Loin de nous surtout cette orgueilleuse manie qui porte certains hommes à croire uniquement à leur propre expérience, et à révoquer en doute celle des autres ! Il serait bon de faire rentrer en eux-mêmes ces *Narcisse* d'une nouvelle espèce, qui s'extasient devant leurs œuvres et dédaignent celles des autres, au point de ne vouloir pas même se donner la peine de les examiner.

ARTICLE V.

Sources des erreurs en Médecine.

Etant données les sources de la vérité dans les sciences physiques dont la médecine fait partie, on connaît par cela même celles de l'erreur. La source de l'erreur est double ici comme celle de la vérité : on se trompe, en effet, tantôt parce qu'on a mal observé et tantôt parce qu'on a mal raisonné ou philosophé. Il existe en un mot des erreurs de *fait* et des erreurs de *théorie* ou d'explication.

Le champ de l'erreur est d'ailleurs immense en médecine, puisque, comme nous le savons, les divers objets sur lesquels s'exerce cette science n'ont, en quelque sorte, d'autres limites que celles de la nature elle-même. On est exposé à se tromper dans l'observation et l'appréciation des causes si diverses qui modifient l'économie

---

à tous nos moyens d'observation et de calcul, on peut à leur égard, dire, avec le philosophe périgourdin, que *l'ignorance et l'incuriosité sont un mol et doux chevet pour reposer une tête bien faite.*

vivante; dans l'observation et l'appréciation des symptômes, dans la détermination du siége et de la nature des maladies, dans les indications thérapeutiques, et dans le choix des moyens qu'elles réclament, etc., etc.

Néanmoins, les erreurs ne se glissent pas avec la même facilité dans toutes les parties de la médecine indistinctement. Rien n'est plus facile assurément que de se tromper quand il s'agit de discuter et de résoudre les problêmes les plus élevés de la pathologie générale; mais il n'en est pas ainsi de plusieurs questions de pathologie spéciale. Ainsi, par exemple, lorsqu'on a de l'habitude, du tact, et qu'on apporte à l'examen des malades toute l'attention nécessaire, on peut décrire avec exactitude les divers changements mécaniques et physiques, que les maladies apportent dans les organes et les fonctions soumis à l'exploration. Mais si l'on n'est pas bien familiarisé avec les diverses méthodes d'observation, si l'on ne les applique pas avec toute l'attention nécessaire, si l'on néglige l'examen de quelque organe, dans combien de graves erreurs ne peut-on pas tomber, et que de phénomènes importants peuvent-être négligés! Et pour n'en citer qu'un exemple, c'est ainsi que, jusqu'à ces derniers temps, on avait méconnu l'existence de ces bruits anormaux divers, qui se passent dans l'intérieur du cœur et du péricarde chez la grande majorité des individus atteints d'un violent rhumatisme articulaire aigu, et que par suite on avait ignoré la coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec cette espèce de rhumatisme.

Mais si les phénomènes les plus sensibles, et pour ainsi dire les plus grossiers des maladies sont faciles à observer et à décrire, il n'en est pas ainsi des phénomènes plus profonds, plus cachés, plus délicats, dont elles sont accompagnées. Or, que d'erreurs peuvent être commises en pareille matière!

C'est surtout dans l'appréciation des effets et des causes, dans la détermination de la nature des affections morbides, dans la recherche et l'application des agents thérapeutiques, que se commettent chaque jour, à chaque instant, de nombreuses, funestes et souvent irréparables erreurs. Tantôt on prend la cause pour l'effet : c'est ainsi que quelques-uns considèrent les profondes altérations de la membrane folliculeuse de l'intestin grêle, et des ganglions mésentériques comme un simple effet de la maladie qu'ils appellent fièvre ou affection typhoïde, tandis que, dans le cas dont il s'agit, la maladie intestinale est bien réellement la *cause* essentielle de cet appareil général auquel on a donné le nom d'état ou de fièvre typhoïde. Tantôt, par une erreur contraire à la précédente, on a pris l'effet pour la cause : ainsi, l'anévrysme actif ou la dilatation avec hypertrophie des cavités du cœur passe pour une cause d'asthme et d'obstacle à la circulation, tandis que ces lésions sont elles-mêmes, du moins en partie, l'effet de l'obstacle que le sang éprouve à traverser les orifices du cœur, situés au devant des cavités dilatées, ou les vaisseaux dans lesquels conduisent ces orifices.

Combien de fois de simples coïncidences entre certains faits n'ont-elles pas été et ne sont-elles pas journellement encore prises pour des relations de cause à effet ! Combien de fois, au contraire, des rapports de ce dernier genre n'ont-ils pas été pris pour de simples coïncidences ! Je ne saurais entrer dans les détails de toutes ces propositions générales, sans dépasser les limites que je me suis imposées ici. Ces principes trouveront leur application lorsque, un peu plus loin, nous étudierons les causes, les symptômes, les caractères anatomiques, le traitement des maladies.

C'est un spectacle bien affligeant sans doute, que celui des erreurs qui fourmillent encore dans le monde mé-

dical ; mais c'est aussi une grande consolation pour les vrais observateurs que de contribuer chaque jour par leurs infatigables recherches à extirper quelques-unes de ces erreurs. Rien ne manquerait, sans doute, à leur bonheur, si leurs généreux efforts n'étaient pas incessamment repoussés par cette ligue éternelle des ennemis du progrès, dont aucune époque ne peut se préserver !

Les exemples d'erreurs d'observation et de *théorie* ou de raisonnement ne sont pas difficiles à trouver : on n'a que l'embarras du choix. Voyez ce qui se passe autour de vous : chaque jour, les phénomènes les plus saillants sont méconnus par des observateurs inattentifs, ou incomplétement versés dans l'art d'explorer et d'interroger. Pourquoi d'honorables confrères soutiennent-ils que, hors l'*anévrysme* ou l'*hypertrophie*, le diagnostic des maladies du cœur est encore au-dessus de notre portée ? Parce qu'ils n'ont point suffisamment étudié le sujet, qu'ils n'ont pas fait les expériences et les observations nécessaires pour bien connaître, bien apprécier les changements que peuvent éprouver les bruits du cœur, et le jeu des parties qui les déterminent, le mouvement du sang à travers le cœur, et par suite, dans les autres points du système circulatoire, etc. S'il admet de la matité là où il n'en existe pas ; s'il ne la reconnaît pas, quand elle est bien réelle ; s'il n'entend pas un bruit de râpe ou de scie, qui existe réellement ; s'il croit entendre un bruit qui n'existe pas, etc., assurément il arrivera souvent au médecin de se tromper dans le diagnostic des maladies soit aiguës, soit chroniques des membranes interne et externe du cœur (endocarde et péricarde). J'ai été si souvent témoin de pareilles erreurs, que j'ai cru devoir les choisir pour exemple. Que répondre aux hommes qui, se posant comme la vivante expression, et pour ainsi dire l'incarnation même de la science, prendraient leur

horizon pour les bornes du monde médical, et nieraient l'existence de ce qu'ils ne voient pas ? *Non crimen artis quod professoris est.* Le nombre des erreurs de *fait* ou d'observation, que commettent chaque jour des hommes peu ou point habitués à se servir des nouvelles méthodes d'exploration, est réellement incalculable (1).

Quant aux erreurs de théorie et de raisonnement, aux *sophismes*, aux fausses inductions, aux faux rapprochements, etc., ils ne sont que trop communs aussi. Les erreurs de théorie sont souvent, d'ailleurs, la conséquence pure et simple des erreurs de fait. Celui-ci se trompe, parce qu'il conclut du *particulier* au *général*, sans avoir suffisamment apprécié toutes les conditions du problème qu'il avait à décider : c'est ce que nous verrons plus loin en parlant de la durée et du traitement des maladies (nous en avons même déjà dit quelque chose précédemment). Celui-là conclut du *simple* au *composé*, et réciproquement. Un autre, grâce aux mots à double entente dont la langue médicale est remplie, se joue, en quelque sorte du sens commun lui-même, en appliquant les mêmes conclusions aux objets essentiellement différents qui peuvent être désignés sous une seule et même dénomination.

De toutes les erreurs de théorie qui infestent la médecine, les plus communes proviennent de ce que les raisonnements partent d'un *faux* principe, d'une donnée *fausse*. Vainement toutes les opérations de l'esprit de raisonnement auront été faites selon les règles et les formes voulues, le résultat sera nécessairement entaché de fausseté, par cela même qu'elles se sont exercées sur un principe

(1) Il n'est pas jusqu'à des phénomènes de simple *inspection* où l'erreur ne se fasse jour. Tel qui nie l'existence d'une voussure de la région précordiale dans une maladie où d'autres l'ont reconnue, en conviendra plus tard, quand il aura *vu* et *mesuré* plus souvent.

faux. Or, de même que les mathématiciens qui arrivent à un résultat absurde, à la suite d'opérations exactes, remontent à l'énoncé de la question résolue, y trouvent la cause du résultat, et la font disparaître, de même aussi, lorsqu'en médecine, après une suite de raisonnements exacts, on arrive à un résultat absurde, il faut remonter au principe dont on est parti, et pour ainsi dire, à l'*énoncé* du problème, et en reconnaître le vice. Cela fait, on verra bientôt que le résultat, absurde en apparence, satisfait complétement à la question dont l'énoncé a été modifié.

Je suppose, par exemple, qu'on ait donné à résoudre la question suivante : *Combien de malades guérira-t-on de plus par la Méthode des toniques ou des purgatifs, que par la Méthode dite antiphlogistique?* La question, ainsi posée, suppose que réellement on guérit plus de malades par la première que par la seconde méthode. Or, en *raisonnant*, en *calculant* d'après cette donnée, si l'on arrive à trouver constamment des résultats qui lui soient contradictoires, on sera forcé de remonter à l'énoncé du problème, et à reconnaître qu'il aurait fallu le proposer en ces termes :

Combien de malades PERDRA-T-ON *de plus par la Méthode des toniques ou des purgatifs, que par la Méthode dite antiphlogistique?* Pour qu'on soit forcé à faire une pareille modification, il faut qu'on ne puisse pas concevoir ou expliquer autrement le résultat contradictoire indiqué ci-dessus. Mais comme en médecine, les conditions ou les causes des résultats sont presque toujours multiples, au lieu de trouver *faux* le principe dont on est parti, et de le modifier, on ira chercher dans une foule de circonstances étrangères les raisons de l'*apparente* absurdité à laquelle on est arrivé. Or, si cette absurdité n'est pas seulement apparente, mais bien réelle, à quelles graves

15.

conséquences n'aura pas conduit l'erreur théorique dont il s'agit?

Et qu'on ne croie pas que le mode d'argumentation que nous supposons ici, soit purement imaginaire. En voici un exemple, tiré des *Leçons* de M. Chomel, sur la fièvre typhoïde : il s'agit de la supériorité des chlorures sur tous les autres modes de traitement. Pour bien comprendre le passage suivant, il faut savoir qu'à l'époque où l'ouvrage de M. Chomel a paru (1834), on avait publié, depuis quelques années, divers résumés cliniques, constatant que l'emploi mieux dirigé des émissions sanguines, avait très notablement abaissé le chiffre de la mortalité dans cette maladie.

« Si l'on objectait, dit M. Chomel, qu'en suivant la « méthode de traitement ordinaire, ou en insistant plus « que nous ne l'avons fait sur les antiphlogistiques, quel- « ques médecins auraient obtenu, sans employer les chlo- « rures, des résultats beaucoup plus avantageux, nous « répondrions que cette différence peut tenir, soit à l'in- « tensité moins grande de la maladie, comme cela a lieu « pour les sujets qu'on envoie dans les hôpitaux éloignés « du bureau central d'admission, soit à ce qu'on a compris « sous le nom de fièvre typhoïde, des maladies auxquelles « nous ne donnerions pas ce nom. Nous ne pensons pas « qu'on puisse attribuer au traitement ces différences de « mortalité; car le traitement employé dans ces hôpitaux, « ou ne diffère pas sensiblement de celui que nous avons « appelé rationnel, ou bien il n'en diffère que par des « saignées un peu plus abondantes; et cette modification, « comme l'ont prouvé les observations publiées par « M. Louis, est loin d'exercer une influence salutaire sur « le cours de l'affection typhoïde. » (*Ouv. cit.*, page 5.)

Fondé sur l'argumentation qui précède, M. Chomel conclut qu'il continuera à expérimenter les chlorures.

On le voit, je ne pouvais citer un exemple plus frappant du mode de raisonnement dont il s'agissait tout-à-l'heure. Mon intention n'est point de discuter, pour le moment, la valeur des données sur lesquelles M. Chomel a raisonné. Ce qu'il y a de certain, c'est que pour concevoir ou expliquer les résultats plus avantageux obtenus par d'autres, il n'a point pensé qu'il fallut invoquer la donnée d'une méthode différente de celle qu'il suit, mais peut-être l'intensité moindre de la maladie, et les autres *raisons* indiquées plus haut.

Il n'est pas rare de rencontrer de longues discussions qui ne sont réellement qu'un tissu de faux rapprochements, de faux principes, employés, soit à soutenir une opinion erronée, soit à combattre une opinion vraie. Parcourez, par exemple, certaines discussions dont les *fièvres essentielles* ont été le sujet, surtout depuis la grande révolution pyrétologique dont M. Broussais est le promoteur, et vous y trouverez la plus complète justification de ce qui vient d'être dit.

Prenons pour sujet de ces discussions la nature de la fièvre ou affection typhoïde, qui représente toutes les fièvres *essentielles* de Pinel, selon l'opinion de quelques anciens partisans *de l'essentialité* de ces maladies. « *Ces* « *affections, si diverses dans leur apparence, nous di-* « *rions volontiers dans leur écorce, sont, au fond, et dans* « *leur nature, des maladies identiques, et ne constituent* « *qu'une seule affection, se montrant, suivant les cir-* « *constances, sous des formes variées. L'affection ty-* « *phoïde occupera donc, en nosologie, un rang d'une* « *grande importance, puisqu'elle remplace, presque à* « *elle seule, une classe entière de maladies* (1). » Pour combattre les nouvelles idées sur la *localisation* et le

(1) *Leçons sur la fièvre typhoïde*, par M. Chomel, page 2. — 1834.

véritable point de départ de ces maladies, on a eu recours à la discussion suivante, qui me paraît essentiellement vicieuse.

« Le premier groupe des lésions anatomiques, consta-
« tées chez les sujets qui succombent à la maladie ty-
« phoïde, comprend les lésions que l'on rencontre à peu
« près constamment dans cette affection, et qui n'existent
« dans aucune autre; elles occupent particulièrement les
« follicules intestinaux et les ganglions mésentériques.
« Le second groupe comprend les lésions accidentelles,
« comme les phlegmasies des membranes muqueuses et
« de quelques organes parenchymateux... Et on les ren-
« contre tous les jours chez des sujets qui n'ont point
« offert tous les symptômes de l'affection typhoïde.

« Aussi, aucun médecin observateur, aucun homme
« versé dans l'anatomie pathologique, ne regarde-t-il
« aujourd'hui la maladie qui nous occupe, comme une
« gastrite ou une gastro-entérite. Il est maintenant aussi
« clair que la lumière que ce n'est pas dans la membrane
« muqueuse de l'estomac ou des intestins, que réside
« l'altération anatomique qui est caractéristique de cette
« affection....

« Examinons si l'affection typhoïde consiste en une in-
« flammation des follicules intestinaux.

« Pour résoudre convenablement cette question, il
« convient d'examiner successivement plusieurs points :
« 1° la lésion des follicules intestinaux est-elle de nature
« inflammatoire ? 2° La gravité de la lésion est-elle géné-
« ralement proportionnée avec la gravité des symptômes?
« 3° Cette lésion est-elle constante ? 4° Cette inflamma-
« tion, lorsqu'elle existe, est-elle primitive ou secon-
« daire ?

« 1° La lésion des follicules intestinaux offre les carac-
« tères évidents d'une inflammation.

« 2° Il est démontré que, dans un grand nombre de « cas, il n'y a pas proportion entre la gravité de la ma- « ladie, et celle des lésions anatomiques.

« 3° Dans quelques cas, fort rares à la vérité, mais « d'une authenticité que personne ne contestera, la lésion « des follicules intestinaux a manqué (1).

« 4° L'inflammation des follicules intestinaux appar- « tient, comme la plupart des inflammations dissémi- « nées (2), aux inflammations secondaires; elle peut être

---

(1) « Plusieurs observations rapportées, soit par M. Louis, soit par « M. Andral, démontrent que, dans quelques cas, où pendant la vie « les symptômes avaient été exactement ceux qu'on observe dans la mala- « die typhoïde, l'ouverture des corps faite par les hommes les plus versés « dans ce genre de recherches, n'a présenté dans le conduit intestinal « aucune des altérations propres à cette affection, ni aucune autre lésion « à laquelle les symptômes pussent être rattachés; ajoutez à cette consi- « dération que si, comme nous l'avons vu, quelques sujets qui succombent « n'ont qu'un petit nombre de plaques affectées, *n'en ont que deux*, « *qu'une seule*, *qu'une* portion même d'une seule plaque, cette décroissance « progressive dans l'étendue de la lésion diminue manifestement l'impor- « tance qu'on lui a donnée et conduit par degré à l'absence de toute lé- « sion de ce genre.... Son absence doit-elle suffire pour enlever à la mala- « die son caractère, et en faire une affection indéterminée qui différera de « toutes les maladies renfermées dans les cadres nosologiques et sera « semblable en tous points, un seul excepté, à la fièvre typhoïde? je ne « le pense pas; et quelque grave que soit pour moi l'opinion de M. Louis, « je ne puis pas la partager sur ce point. » (M. Chomel, *Ouv. cit.* pages 528, 529.)

(2) L'auteur de la discussion ci-dessus a fait sur ce qu'il appelle les inflammations disséminées, une théorie que je ne puis rapporter ici qu'en abrégé. Suivant lui, *une phlegmasie est secondaire, lorsque l'observation conduit à admettre chez le sujet qui en est atteint, une condition morbide dont cette phlegmasie est la conséquence, et elle est primitive, lorsqu'à elle seule elle constitue toute la maladie*. Pour *expliquer* sa doctrine, il cite l'exemple d'une *ophthalmie* proprement dite *qui cesse après quinze jours de durée, et l'exemple d'une autre ophthalmie qui apparaît comme l'expression d'une condition morbide, désignée sous le nom de fièvre intermittente*

« comparée, quant à sa *valeur pathogénique*, non pas
« même aux pustules dans la variole, car ici il y a tou-
« jours proportion entre le nombre des pustules et la
« gravité de la maladie (1), mais plutôt au bubon dans
« la peste d'Orient.

---

anomale ou larvée. La première est une inflammation *primitive*, la seconde une inflammation *secondaire.* Je doute que cette explication soit assez lumineuse pour satisfaire tout le monde. Quoiqu'il en soit, l'auteur rapproche ensuite, sous le titre de phlegmasies *disséminées*, *la rougeole*, *la variole*, *la scarlatine*, *l'urticaire*, *le pemphigus*, *le zona*, *la varicelle*, *les aphthes*, *l'éruption des furoncles*, *les phlegmasies rhumatismales*, *les inflammations variées produites par la peste d'Orient* (bubons, anthrax), *par la syphilis* (bubons, blennorrhagie, ophthalmie, pustules des membranes muqueuses et de la peau), *les abcès métastatiques qui succèdent aux blessures*, *aux grandes opérations chirurgicales*, *ou surviennent après l'accouchement ou à la suite de la variole.*

Il y a là des maladies, sans doute, un peu étonnées de se trouver ensemble, et qui assurément ne s'attendaient guère à fournir la base d'une argumentation dont la conclusion est que « *tout porte à croire que l'in-*
« *flammation des follicules intestinaux, par cela seul qu'elle est dissémi-*
« *née, n'est aussi qu'un des phénomènes secondaires de la maladie, qu'elle*
« *ne constitue pas le phénomène primitif*, *le point de départ de tous les*
« *symptômes.* » (*Ouv. cit.*, page 536.)

Certes, on aurait prévu difficilement la conclusion à laquelle l'auteur est arrivé, d'après la considération de la circonstance qu'il désigne sous le nom de *dissémination des phlegmasies.* Produisez donc des phlegmasies disséminées de la peau avec l'émétique, l'huile de croton tiglium, etc.; produisez une phlegmasie disséminée du tube digestif avec l'émétique à haute dose longtemps continué, et vous en conclurez que ces phlegmasies sont *secondaires.* Logique vraiment admirable !

(1) L'auteur de la discussion ci-dessus dit ailleurs (*ouv. cit.*, pages 534, 535) que *l'absence d'éruption cutanée*, *dans quelques cas d'infection variolique*, *morbilleuse ou scarlatineuse* (VARIOLÆ SINE VARIOLIS, SCARLATINA SINE SCARLATINA, MORBILLI SINE MORBILLIS), *marque nettement la place de l'éruption et l'erreur des nosologistes qui avaient classé ces maladies parmi les phlegmasies cutanées.* A la bonne heure ; mais j'avoue que j'ai peine à comprendre comment d'une part, dans la *variole sans variole*, il y a, selon notre auteur, toujours proportion entre le nombre des pustules et la

« Concluons de là que l'affection typhoïde ne consiste
« pas dans l'inflammation des follicules intestinaux.

« Si donc la maladie typhoïde ne consiste pas dans
« l'inflammation des follicules intestinaux et des gan-
« glions mésentériques correspondants ; si cette inflam-
« mation est secondaire, quelle est la lésion primitive
« qui préside au développement de cette inflammation
« et de tous les autres symptômes, et qui constitue l'es-
« sence de la maladie ?

« Bien que le sang et les autres liquides n'offrent pas,
« dans cette maladie, d'altérations appréciables qui lui
« soient propres, néanmoins, si l'on considère l'analogie
« qui existe entre les phénomènes connus de la fièvre
« typhoïde et ceux de quelques autres maladies, dans
« lesquelles il y a manifestement infection des liquides,
« comme la variole, la rougeole, la scarlatine, la peste
« d'Orient, et surtout le typhus contagieux, on est con-
« duit à supposer aussi quelque analogie dans la nature
« intime de ces affections. »

La discussion précédente est extraite, à peu près mot pour mot, d'un ouvrage récent sur la fièvre typhoïde, déjà cité plusieurs fois. Elle est très spécieuse, au premier abord, et conduite avec tant d'art, qu'elle a dû nécessairement, malgré les contradictions dont elle est semée, malgré la fragilité de la plupart de ses principes fondamentaux, séduire un certain nombre de lecteurs. Essayons, dans l'unique intérêt de la vérité, de faire ressortir les principaux vices de cette captieuse argumentation, de cette dialectique ingénieuse.

Premier vice. De ce que l'inflammation occupe les

---

gravité de la maladie, et d'autre part comment dans les cas de *variole avec variole*, la proportion indiquée existe toujours, tandis qu'il n'en est pas de même, dans l'éruption et pour ainsi dire dans la *variole intestinale.*

glandes ou les follicules de l'intestin, on en conclut qu'*aucun médecin observateur ne regarde aujourd'hui la fièvre typhoïde comme une gastro-entérite*, *qu'il est aussi clair que la lumière que ce n'est pas dans la membrane muqueuse de l'estomac ou des intestins que réside l'altération anatomique qui est caractéristique de cette affection.* Or, autant vaudrait dire que les follicules de la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin ne résident pas dans cette membrane muqueuse. Car, s'ils y résident, il est *aussi clair que la lumière* qu'on ne peut pas dire ainsi, d'une manière formelle, que leur altération n'y réside pas. Tout ce qu'on peut dire, c'est que l'élément folliculeux ou glanduleux qui concourt à la composition de cette membrane en est le siège principal, et M. Chomel sait très bien que telle est l'opinion de ceux qu'il prétend combattre, puisqu'il dit que *ce fait a conduit plusieurs partisans de la doctrine physiologique à désigner cette affection sous le nom d'entérite folliculeuse*, dénomination qui lui paraît *inexacte.*

Second vice. M. Chomel établit ici que l'altération des follicules est *caractéristique* de l'affection typhoïde, et plus bas, il établit que, dans quelques cas, *la lésion des follicules a manqué.* On demande comment cette lésion a pu être *caractéristique* de la maladie typhoïde dans les cas *authentiques*, dit-on, où elle a manqué. Je ne connais aucun principe de logique qui puisse autoriser à considérer comme *caractéristique* d'une maladie une lésion qui peut manquer, sans que néanmoins la maladie, dont elle est caractéristique ait manqué elle-même. En suivant une méthode logique de cette espèce, il est évident qu'on devrait dire, pour faire pendant à la proposition précédente, que la lésion *caractéristique* de la maladie peut exister, sans que les symptômes existent ou ce qui est la même chose que la maladie peut *manquer*, bien que la lésion *caracté-*

ristique ne manque pas. Or, par une contradiction dont j'ignore la cause, M. Chomel déclare positivement *qu'il n'existe pas un seul exemple authentique de cette lésion chez un sujet qui n'aurait pas offert les symptômes de la fièvre typhoïde.* (*Ouv. cit.*, page 537.)

Mais laissons cette contradiction de côté et poursuivons.

Troisième vice. M. Chomel s'appuie de l'autorité de MM. Louis et Andral pour avancer que, *dans quelques cas, fort rares à la vérité, mais d'une authenticité que personne ne contestera, la lésion des follicules a manqué.*

Mais il faut savoir, ainsi que M. Chomel en convient plus loin, que M. Louis n'a pas regardé comme des cas de véritable fièvre typhoïde ceux dans lesquels a manqué la lésion des plaques de Peyer. Après avoir rapporté *trois* observations *dans lesquelles la plupart des symptômes de l'affection typhoïde ont eu lieu, sans altération spéciale des plaques de l'iléum,* M. Louis termine ainsi: « quand il serait démontré que les plaques elliptiques n'ont pas été altérées, ce fait ne diminuerait en rien la CERTITUDE des caractères anatomiques attribués à l'affection typhoïde, ne prouverait NULLEMENT qu'elle est indépendante de l'altération des cryptes aginées de Peyer.... Si un individu venant à succomber à une affection prise pour une péripneumonie, on n'en trouvait aucune trace à l'ouverture du corps, on ne soutiendrait pas, contre le témoignage des organes, que le sujet à éprouvé une péripneumonie; on dirait que cette maladie a été simulée, que la véritable a été masquée (1); on n'en conclurait rien contre les caractères

(1) Il serait bien plus simple de dire qu'on s'est trompé. Nous pourrions rappeler ici des exemples de semblables erreurs. On a vu quelquefois une pleuro-pneumonie, une méningite, un ramollissement du cerveau être pris pour une *fièvre typhoïde*, et dès-lors, il ne faut pas s'étonner si, à l'ouverture du cadavre, la lésion *caractéristique* de la fièvre typhoïde a manqué.

anatomiques de la péripneumonie. Ce qu'on ferait pour cette affection, il faut le faire pour celle qui nous occupe spécialement, sans quoi ce serait avoir deux mesures, et substituer le caprice à la raison. » (M. Louis, *Recherches sur l'affection typhoïde*, t. II, page 433.)

D'après ces très judicieuses réflexions de M. Louis, on voit que M. Chomel s'est, peut-être, un peu trop avancé, quand il a dit que : des *observations* rapportées par M. Louis démontrent que dans des cas, où pendant la vie les symptômes avaient été *exactement* ceux qu'on observe dans la maladie typhoïde, l'ouverture du corps n'a présenté aucune altération des follicules intestinaux. M. Louis n'a point dit que, dans les cas dont il s'agit, les symptômes avaient été *exactement* ceux de la fièvre typhoïde ; il s'est borné à rapporter des cas dans lesquels la *plupart des symptômes seulement avaient eu lieu*, etc.

M. Chomel ne pense pas, avec M. Louis, que l'altération des plaques de Peyer soit la condition *sine quâ non* de la fièvre typhoïde, comme les tubercules sont le caractère anatomique *essentiel* de la phthisie proprement dite. Voilà tout. Mais encore une fois, les observations de M. Louis ne sont rien moins que favorables à l'opinion du premier de ces médecins, et l'on ne pourrait s'en servir *pour prouver que la fièvre typhoïde est indépendante de l'altération des plaques de l'iléum*, *sans avoir deux mesures et substituer le caprice à la raison.*

Venons maintenant au témoignage de M. Andral.

Les observations de ce savant professeur ne me paraissent point déposer non plus en faveur de la doctrine de M. Chomel. En effet, il est bien vrai que M. Andral a rapporté des cas de *fièvres continues sans lésion appréciable du tube digestif*, mais dans ces cas il existait, soit *un érysipèle phlegmoneux du bras, terminé ou non par gangrène* (*obs.* XLVI et XLVII), soit une *maladie des voies urinaires*, soit

un *abcès dans la prostate et dans le tissu cellulaire intermusculaire* (*obs.* XLVIII et XLIX), soit une *pneumonie latente* (*obs.* L), soit *des escharres et un ramollissement de la rate, des escharres et une transformation de la substance du cerveau en matière gélatineuse* (*obs.* LI et LII), soit *une gangrène de la plèvre avec pus dans les veines, abcès dans les poumons, mollesse de la rate* (*obs.* LIII.)

Il est clair comme le jour que ces observations de M. Andral, conformes à celles que j'ai rapportées moi-même dans le *Traité clinique et expérimental des fièvres dites essentielles*, ne sont nullement de la catégorie de celles invoquées par M. Chomel, et qu'elles prouvent uniquement que le point de départ des phénomènes *dits typhoïdes et ataxiques*, n'est pas nécessairement dans le tube digestif. Mais dans les cas dont il s'agit, les phénomènes n'ont pas été *exactement* ce qu'ils auraient été, si les plaques de Peyer eussent été gonflées, ulcérées, etc., et M. Andral a bien le soin de déclarer que : *toutes les fois qu'après avoir observé les deux groupes morbides désignés par les nosographes sous le nom de fièvre bilieuse et muqueuse, il a pu examiner sur le cadavre l'état des organes, il a rencontré dans les voies digestives des lésions qui lui ont rendu compte des symptômes observés pendant la vie.* (*Cliniq. médic.*, page 252 ; 2e édit.)

En résumé, les observations de MM. Andral et Louis n'autorisent point à poser en fait que dans *une seule et même maladie, l'altération des follicules intestinaux peut, tour-à-tour, exister ou être absente* (*même avec cette restriction que les cas où elle est absente sont fort rares*). Par conséquent, l'argument de M. Chomel est radicalement inexact. On nous pardonnera la longueur de cette réfutation, en considérant que l'autorité de MM. Andral et Louis est trop grave, pour qu'on ne doive pas s'appliquer de toutes ses forces à prouver qu'elle n'est

point favorable à une assertion aussi fondamentale que celle avancée par M. Chomel.

Il suffit à notre objet d'avoir montré en quoi péchait foncièrement la discussion que nous avions choisie pour exemple d'erreur en matière d'argumentation. Ce n'est pas ici le lieu d'exposer nos propres idées sur la nature de la maladie *vaguement* désignée sous le nom de fièvre ou d'affection typhoïde. Aussi bien, nous les avons développées soit dans le *Traité des fièvres*, soit dans l'article *fièvres du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, soit dans une foule d'articles du *Journal hebdomadaire*.

Si ce que nous venons de dire ici peut engager nos jeunes lecteurs à bien examiner, à bien peser toutes les discussions avant d'en adopter les conclusions, nous aurons rempli le but que nons nous étions proposé (1).

Ceci nous conduit assez naturellement à dire quelques mots de l'influence de certaines dispositions morales sur nos opinions et nos jugements.

---

(1) Je ne saurais mieux terminer cet article qu'en rapportant ici le passage suivant de Condillac : « De suppositions fausses en suppositions « fausses, nous nous sommes égarés par une multitude d'erreurs, et ces « erreurs étant devenues des préjugés, nous les avons prises, par cette « raison, pour des principes ; nous nous sommes donc égarés de plus en « plus : alors nous n'avons su raisonner que d'après les mauvaises habi- « tudes que nous avions contractées. L'art d'abuser des mots sans les bien « entendre a été pour nous l'art de raisonner. Quand les choses sont par- « venues à ce point, quand les erreurs se sont ainsi accumulées, il n'y a « qu'un moyen de remettre l'ordre dans la faculté de penser, c'est d'ou- « blier tout ce que nous avons appris....., et de refaire, comme dit Bacon, « l'entendement humain. Ce moyen est d'autant plus difficile qu'on se « croit plus instruit. Aussi des ouvrages où les sciences seraient traitées « avec beuacoup de netteté, une grande précision, un grand ordre ne « seraient-ils pas à la portée de tout le monde : ceux qui n'auraient rien « étudié les entendraient mieux que ceux qui ont fait de grandes études, et « surtout que ceux qui ont écrit beaucoup sur les sciences. »

ARTICLE VI.

Quelques mots sur les dispositions morales favorables ou contraires à la recherche de la vérité.

On présume aisément que notre intention n'est pas de rédiger ici un code complet de morale à l'usage de ceux qui aspirent à l'honneur de se signaler dans la carrière de la médecine. Cependant, comme l'état moral des hommes exerce un puissant empire sur leurs facultés intellectuelles, on peut, on doit, sans s'ériger en moraliste, étudier sous ce nouveau point de vue la philosophie médicale.

Dans une science pratique telle que la médecine, qui tient pour ainsi dire entre ses mains la santé et la vie des hommes, la première condition pour en aborder le sanctuaire, c'est assurément la probité, et le médecin vraiment digne de ce nom doit être défini ainsi : *Vir probus, medendi peritus.* Un grand nombre de qualités morales se trouvent comprises sous cette expression générique de probité : telles sont, la bonne foi, la franchise, la sincérité, la justice, l'amour de ses semblables ou la charité, le désintéressement, etc., etc. Oui, c'est dans le cœur du vrai médecin que la bonne foi, la franchise, la sincérité devraient se réfugier, si elles étaient exilées de la terre. L'Hippocrate anglais, l'immortel Sydenham, était bien convaincu de cette vérité, lorsque, dans son langage énergique, il a dit que s'il ne se conduisait pas avec franchise et sincérité, il se montrerait homicide, même après sa mort : *Res ipsa etenim brevi loquetur, an fideliter et sincero animo hic egerim, an è contra ad instar sceleratissimi hominis morumque profligatissimorum, homicidam me præstiterim, vel in terra defossus.* (*Præf.* page 16, édit. noviss. MDXXVI.)

Les mauvaises passions, dans les sciences d'observa-

tion et de raisonnement, ne sont pas seulement condamnables en elles-mêmes, mais elles ont l'immense inconvénient d'entraîner l'observateur dans les plus graves erreurs, et c'est particulièrement sous ce rapport que nous devons les étudier ici.

Sans doute, comme nous l'avons dit précédemment, il est pour l'observateur en général, et pour le médecin observateur en particulier, une vocation, comme il en est une pour le poète. Quiconque n'est pas né pour ainsi dire sous l'astre de l'observation, en d'autres termes, quiconque n'a pas reçu de la nature cette heureuse organisation, en vertu de laquelle il peut déployer, à un haut degré, ce précieux assemblage de facultés intellectuelles dont nous avons parlé plus haut, ne se distinguera jamais par de grandes découvertes. Mais, ce n'est là que la moitié d'un observateur accompli. En effet, fut-on doué d'une haute intelligence et de sens délicats, si l'on ne savait se préserver de ces mauvaises dispositions, de ces malheureuses passions que l'on connaît sous le nom d'orgueil, d'amour-propre, de prévention, d'esprit de parti, de jalousie, d'envie, de fanatisme, etc., on serait souvent plus nuisible qu'utile au vrai progrès de la science. On l'a dit depuis bien longtemps, et l'on ne saurait trop le redire : pour bien observer, bien juger, bien raisonner, il faut être dégagé de toute prévention et de tout intérêt autre que celui de la vérité. Les préventions sont comme des verres qui grossissent ou rapetissent les objets, suivant les cas, ou bien encore comme des prismes qui altèrent la couleur de ces mêmes objets. Un esprit trop exalté peut éprouver des illusions, de véritables hallucinations en matière d'observation, et porter irrésistiblement ensuite les jugements les plus faux. Telle passion nous rend une opinion bien plus vraisemblable, bien plus certaine qu'elle ne l'est

réellement, et telle autre passion produira un effet tout opposé : « Nous établirons enfin comme principe de psy-« cologie, dit Laplace, l'exagération des probabilités « par les passions. La chose que l'on craint ou que l'on « désire vivement, nous semble par cela même plus « probable ; son image fortement retracée dans le senso-« rium, affaiblit l'impression des probabilités contraires, « et quelquefois les efface au point de faire croire la « chose arrivée. La réflexion et le temps, en diminuant « la vivacité de ces sentiments, rendent à l'esprit le calme « nécessaire pour bien apprécier la probabilité des « choses. » Ailleurs, le même auteur dit : « L'esprit a « ses illusions, comme le sens de la vue ; et de même que « le toucher corrige celle-ci, la réflexion et le calcul « corrigent les premières. »

En résumé, tout homme préoccupé d'une passion autre que l'amour de la vérité, ne possédera pas cette attention infatigable que réclame l'emploi des rigoureuses méthodes d'observation, et sans laquelle la juste appréciation de toutes les conditions dont les questions médicales sont environnées deviendrait impossible. Comment espérer surtout qu'un homme aveuglé par l'orgueil, l'envie ou la jalousie rendra justice aux découvertes de ceux qui parcourent avec lui la vaste et féconde carrière de la médecine ? Et cependant, dans une science immense comme la nôtre, où tant d'hommes, s'ils sont heureusement organisés et amis du travail, peuvent, en exploitant cette science, en sens divers, faire une collection plus ou moins riche de vérités nouvelles, ne faut-il pas se rendre réciproquement justice et ne voir dans les autres que des rivaux à égaler ou à surpasser, mais non des ennemis à haïr ?

Au reste, il est généralement assez rare de voir les hommes d'un véritable génie manquer du sentiment de justice, comme s'ils avaient trop d'intérêt à ce que les autres soient

justes à leur égard pour ne pas l'être eux-mêmes envers les autres. Quoiqu'il en soit, l'homme qui aurait à se plaindre de la justice des autres, n'en doit pas moins être juste envers eux. Il ne doit pas, d'ailleurs, se laisser abattre par les attaques en tout genre dont ses découvertes pourraient être l'objet. Qu'il suive, au contraire, cette noble maxime de Sydenham : *si qui reperiantur, qui vitio statim vertant, si quis novi aliquid, ab illis non prius dictum vel etiam inauditum, in medium proferat, hujus modi ego homines æquo me animo laturum spero.* (*Opera. med.*, tome 1[er], page 4.)

TROISIÈME PARTIE.

DES GÉNÉRALITÉS DE LA CLINIQUE MÉDICALE.

DIVISION DU SUJET.

Dans la seconde partie de cet ouvrage, nous avons abordé les questions les plus abstraites de la médecine; nous avons essayé de remonter jusqu'aux premiers fondements de cette science; nous avons discuté les principes mêmes de sa constitution. Il résulte clairement de nos considérations que la médecine n'est point une science *simple*, mais qu'elle est, au contraire, un immense composé de faits dont plusieurs se rattachent à ceux de la mécanique, de la physique, de la chimie, etc.; d'où il suit que sous ce point de vue, la *philosophie* de la médecine se confond, en quelque sorte, avec celle des sciences que nous venons de nommer. Quant aux faits de l'ordre *psycologique* ou *métaphysique* qui appartiennent *exclusivement* à cette science, nous avons reconnu, avec Bichat et la plupart des autres physiologistes, qu'ils supposaient, en effet, une ou plusieurs causes *premières* spéciales, mais dont la nature se dérobe à l'expérience directe, ainsi que la nature de toute autre cause première. Toutefois, nous avons reconnu en même temps que les phénomènes de l'ordre dont il s'agit, étaient subordonnés à des conditions organiques, dont l'étude rentrait dans la sphère des sciences dites naturelles et expérimentales.

Cela posé sur la *nature* même de la médecine et sur les divers moyens dont elle se sert pour l'acquisition de ses faits et de ses théories en général, il nous faut maintenant faire l'application des principes que nous avons développés

aux différentes branches de la science de l'homme malade. Or, quelles sont ces différentes branches de la médecine?

Pour répondre à cette question, il nous suffira de présenter une définition aussi exacte que possible de la médecine en général et de la clinique médicale en particulier.

Qu'est-ce donc que la médecine ?

La médecine est la science des maladies, c'est-à-dire des lésions quelconques survenues dans les conditions mécaniques, physiques, chimiques que le corps humain possède en commun avec les autres corps, et dans les conditions *vitales* qui lui sont propres. Or, pour avoir une connaissance complète de ces lésions, il faut les étudier sous les points de vue de leurs causes, de leur nature, des signes qui les annoncent, des moyens curatifs, etc. On conçoit que l'on peut, par une sorte d'abstraction, étudier isolément et *à part*, chacun de ces divers points de vue de la science des maladies. Voilà comment l'arbre de la médecine se divise en plusieurs branches, comment le corps de la médecine se partage en plusieurs membres. Il est évident, d'ailleurs, que la plus étroite connexion existe entre les diverses parties dont se compose la science des maladies et qu'elles se prêtent toutes des secours mutuels.

Qu'est-ce maintenant que la clinique médicale ?

La clinique médicale peut être considérée, soit comme science, soit comme mode d'enseignement de la médecine. Sous le premier rapport, c'est-à-dire, en tant que science, la clinique médicale ne saurait être autre chose que la médecine elle-même, et dès lors sa définition rentre dans celle que nous venons de donner; sous le second rapport, c'est-à-dire en tant que mode d'enseignement, la clinique médicale, comme son nom l'indique, est la *médecine enseignée au lit des malades*. Ce mode d'enseignement est

le seul propre à faire de véritables médecins ou des praticiens. C'est la méthode expérimentale appliquée à l'enseignement de la médecine, c'est-à-dire à la *physiologie de l'homme malade.*

Je ne m'occuperai dans cette troisième partie que des généralités de la *clinique médicale*, en tant que science (1) et non en tant que mode d'enseignement de la médecine.

Les généralités que je me propose d'exposer dans cette troisième partie rouleront : 1° sur *les causes, la nature* et *la classification philosophique des maladies*; 2° sur *leur siége, leur étendue et leurs caractères anatomiques*; 3° sur *leurs symptômes et leur diagnostic ;* 4° sur *leur durée, leur marche, leur type, leurs terminaisons*; 5° sur *leur pronostic*; 6° sur *leur traitement* (2).

---

(1) Ainsi que nous l'avons dit plus haut, sous ce point de vue le mot clinique médicale est tout-à-fait synonyme de *médecine.* Il n'y a point, il n'y a jamais eu de médecine qui n'ait été de la médecine clinique, puisque l'observation est la source des connaissances de cette science et que l'observation médicale est faite en tout temps *au lit des malades.* Si donc l'on a proposé le mot clinique médicale, c'est pour exprimer un nouveau mode d'enseignement de la médecine, et non pour indiquer une nouvelle science.

(2) Dans la dissertation dont cet essai n'est que le développement, j'avais consacré un chapitre spécial à la *nomenclature médicale.* Si je ne m'en suis pas occupé dans cette édition, c'est que la matière m'a paru comporter de trop longues considérations, et mériter qu'on la traitât dans un travail spécial.

CHAPITRE PREMIER.

GÉNÉRALITÉS SUR L'ÉTIOLOGIE OU SUR LES CAUSES PATHOGÉNIQUES, ET PAR SUITE SUR LA NATURE INTIME ET LA CLASSIFICATION DES MALADIES.

ARTICLE PREMIER.

Des causes des maladies.

Ceux qui ont admis des maladies *spontanées*, ont, il faut le dire, commis une grande absurdité. Car, quelle plus grande absurdité que d'admettre un *effet sans cause*? L'exercice de l'*esprit* de *causalité* en médecine est, j'en conviens, souvent en défaut (1). Mais de ce que la cause d'une maladie nous échappe, en conclure que cette maladie est *spontanée*, serait, encore une fois, une flagrante absurdité. « *Il est évident*, dit Laplace, *qu'une chose ne peut pas commencer d'être, sans une cause qui la produise. Cet axiôme connu sous le nom de principe de la raison suffisante, s'étend à tout.*

Les causes qui président au développement des diverses maladies sont aussi constantes dans leurs effets, que celles qui régissent les phénomènes physiques les plus simples. Mais comme plusieurs causes peuvent se combiner pour produire un seul et même effet morbide, comme les conditions au milieu desquelles elles agissent sont infiniment variables, comme l'appréciation rigoureuse de ces causes et de ces conditions est très difficile et souvent même impossible, il s'ensuit que les faits ou les phénomènes étiologiques ne sont pas soumis à des lois aussi précises que plusieurs phénomènes de la physique ordinaire, et que si

(1) Ce n'est pas seulement en médecine qu'il est souvent difficile de connaître les causes des choses. Heureux celui qui peut vaincre ces difficultés : *Felix qui potuit rerum cognoscere causas !*

l'on voulait leur appliquer le calcul, il faudrait, en général, n'employer que la méthode connue sous le nom de *calcul des probabilités*. L'apparition des maladies, sous l'influence de telle ou telle cause est, j'en conviens, réglée d'une manière aussi formelle, j'ai presque dit aussi fatale, que la succession des saisons. Mais encore une fois, nous manquons souvent de données claires et précises sur les causes de quelques maladies, et, dans ce cas, la probabilité est relative en partie à notre ignorance, en partie à nos connaissances sur les causes dont il s'agit.

Ce qu'il y a de bien positif, c'est que tels sont les rapports de *cause à effet*, qui existent entre certaines conditions extérieures, soit atmosphériques, soit autres, et certaines maladies, que les grands observateurs, tels que Hippocrate, Sydenham, Stoll, etc., nous ont appris à prévoir, jusqu'à un certain point, ces dernières (1).

Si j'insiste un peu sur ces principes, c'est que, de nos jours, on voit des hommes qui exercent une grande influence sur l'éducation médicale, professer que les causes des maladies les plus vulgaires nous sont complétement inconnues, et même donner le nom de *spontanées* à ces maladies. Mais passons à des questions moins générales.

Les diverses causes des maladies doivent être recherchées, non seulement dans les modifications des nombreux agents physiques qui nous environnent de toutes parts, mais aussi dans certaines circonstances morales, c'est-à-dire dans toutes les *choses* qui sont l'objet de l'hygiène.

---

(1) Sous ce point de vue, la médecine tend à se rapprocher des sciences les plus exactes, où l'on juge des choses actuelles par les choses passées et des choses à venir par les choses actuelles. « En mécanique, en géomé- « trie et dans quelques autres objets de ses connaissances, l'esprit humain, « dit Laplace, est parvenu à ramener à des lois générales, les phénomènes « observés, et à prévoir ceux que des circonstances données doivent faire « éclore.....»

Il est évident que pour parvenir à la détermination rigoureuse des causes morbides, extérieures ou physiques, il faut autant que possible recourir aux méthodes et aux instruments d'observation employés dans les sciences dites exactes. Ainsi, par exemple, pour apprécier l'influence de l'air atmosphérique dans la production des maladies, on ne peut se passer aujourd'hui de l'usage du baromètre, de l'hygromètre, du thermomètre, de l'eudiomètre, de l'électromètre, etc. Malheureusement, les méthodes de la physique et de la chimie ne sont pas encore assez exactes, et ne le seront peut-être jamais assez, pour nous faire saisir toutes les causes morbifiques dont l'atmosphère peut être le foyer, telles que celles de la variole, de la rougeole, du choléra, etc. (1). On pourrait dire que, dans ces cas, le corps humain constitue lui-même un instrument plus délicat, plus sensible que ceux de l'art, puisque les maladies qu'il éprouve n'attestent que trop la présence de conditions qui se dérobent aux expériences physico-chimiques (2).

La connaissance des causes des maladies, comme toute autre connaissance, se perfectionne, d'ailleurs, d'époque

---

(1) Ce n'est pas dans l'air seulement que résident quelquefois des principes de maladies insensibles aux instruments de la physique et de la chimie; il en réside aussi dans certains agens solides ou liquides. Que nous apprennent, par exemple, les instruments dont il s'agit sur le principe de la salive propre à communiquer la rage, sur le principe virulent qui engendre certaines affections syphilitiques, etc.?

(2) Les causes pathogéniques agissent souvent sans que les malades s'en aperçoivent, en sorte que lorsque nous les interrogeons à ce sujet, ils nous répondent qu'ils sont tombés malades sans *causes*. Malheur au médecin qui prend toujours leur réponse à la lettre ! Celui qui sait bien interroger rencontre peu de cas semblables; mais cet art est difficile. Ce serait une fort mauvaise philosophie que celle où l'on multiplierait trop les cas qui nous forcent d'admettre, avec Hippocrate et Sydenham, *quelque chose de divin* pour expliquer l'origine de certaines maladies.

en époque. Voici un remarquable exemple de ce genre de progrès. A l'époque où Corvisart publia son *Essai sur les maladies du cœur*, il ignorait l'influence de certaines conditions atmosphériques sur les maladies du cœur, tandis que rien n'est mieux démontré aujourd'hui que cette influence. Voici ce qu'il dit : « Le cœur, dans la région qu'il « occupe, est à l'abri de toute impression et de toute « modification immédiate de la part de l'air et de ses in« tempéries variables, brusques et multipliées ; *on peut « affirmer, en général, qu'il n'en est point sensiblement « modifié, et qu'il n'en contracte point de maladies.* » Or, de nombreuses observations m'ont permis d'affirmer, au contraire, *que le cœur n'est malheureusement point à l'abri des intempéries variables, brusques et multipliées de l'air, qu'il en est très sensiblement modifié et qu'il en contracte de très graves maladies.* C'est ainsi que rien n'est plus commun que de voir une péricardite et une endocardite se développer sous les mêmes vicissitudes atmosphériques qui donnent naissance à un rhumatisme articulaire aigu ou à une pleurésie. La connaissance de ce fait important d'étiologie a été féconde en résultats qu'il n'est pas le lieu de rappeler ici.

Il suit de quelques-unes des réflexions précédentes, que l'étude des *constitutions médicales* manque de précision, sous plusieurs rapports. Mais il ne faudrait pas croire que l'ignorance où nous sommes du principe essentiel et *immédiat* de certaines maladies, nous empêche toujours de reconnaître expérimentalement les conditions extérieures propres à leur développement, et partant nous enlève les moyens de les prévenir. Non, sans doute. Ainsi, par exemple, nous ne connaissons pas le principe *sine quo non* des typhus, mais nous savons très bien que l'encombrement, l'entassement d'une grande masse d'hommes dans un espace étroit, que l'usage d'aliments

putréfiés, etc., sont des conditions qui donnent naissance à ce principe, et que par conséquent pour se préserver de la maladie dont il s'agit, il est indispensable d'éloigner les conditions ci-dessus indiquées. Nous ne connaissons point le virus rabiéique, mais nous savons parfaitement que la salive en est le réservoir, qu'il est absorbé avec elle, et nous prévenons ses effets par une cautérisation pratiquée en temps convenable, etc., etc.

Lorsque les modificateurs morbifiques, quels qu'ils soient, agissent sur un individu ou quelques individus seulement, on donne le nom de *sporadiques* aux maladies qu'ils engendrent. Lorsqu'ils agissent sur une grande masse d'individus, on donne le nom d'*épidémiques* aux maladies qu'ils déterminent (1). Celles-ci sont *contagieuses* ou non *contagieuses* (2).

Sydenham, ainsi que nous l'avons dit ailleurs (*voyez* la 1re partie de cet *Essai*), appelle les maladies *stationnaires* ou *intercurrentes*, selon que les causes qui les produisent sont durables, permanentes, ou passagères et accidentelles. Cette distinction concerne, d'ailleurs, particulièrement les maladies produites par les conditions atmosphériques, soit appréciables, soit secrètes ou *latentes*.

---

(1) On appelle *endémiques* celles qui sont propres à certaines localités.

(2) La communication des maladies par voie de contagion est susceptible de plusieurs modes, dont l'un porte le nom d'*infection*. Que signifient donc les disputes si animées qui se sont élevées dans ces derniers temps sur la contagion et l'infection? Dans son beau rapport sur la fièvre jaune, Dupuytren a très bien dit: « *Le mode de la contagion varie selon la na-* « *ture des principes contagieux. Ainsi la rage et la syphilis se transmettent* « *et agissent par inoculation, et non par miasmes; la scarlatine et la rou-* « *geole par miasmes ou effluves et non par inoculation; la variole par* « *miasmes, contact et inoculation.* » C'est à la communication ou à la transmission d'une maladie par effluves ou miasmes qu'a été donné le nom d'infection. Il y a donc entre la contagion et l'infection une différence de *genre* à *espèce*, et voilà tout.

Les diverses causes morbides ne sont pas toutes aussi fréquentes les unes que les autres. Que deviendrait l'humanité si les causes de la peste, du choléra, etc., étaient aussi fréquentes que celles d'une foule d'autres maladies? Parmi les causes les plus communes des maladies, il faut ranger les intempéries et les vicissitudes atmosphériques, ainsi que les vices de régime. Hippocrate et Sydenham, deux des plus grands observateurs que possède la médecine, avaient déjà très bien signalé l'influence vraiment immense que certaines conditions atmosphériques exercent sur la production des maladies aiguës. Suivant Hippocrate, les brusques changements dans la température de l'atmosphère sont la principale cause des maladies: *Mutationes anni temporum maximè pariunt morbus, et* IN IPSIS TEMPORIBUS, MUTATIONES MAGNÆ, TUM FRIGORIS, TUM CALORIS. Sydendam affirme que les vicissitudes atmosphériques font périr plus de personnes que la peste, la guerre et la famine. Voici ses propres expressions: « *Ut enim jam mittamus contagium, quod quidem non nunquam febrium stationarium aliquibus ansam exporrigit, et crapulam taceamus, quâ matre proseminantur tùm istæ febres, tùm intercurrentes; causa evidens externa febrium quam plurimarum inde petenda est, quod quis scilicet vel præmaturius vestes abjecerit; vel ab exercitio incalescens se frigori incautius objecerit....* ET SANE EXISTIMO PLURES MODO JAM DESIGNATO, QUAM PESTE, GLADIO, ATQUE FAME SIMUL OMNIBUS PERIRE. *Etenim si quis ægrum medicus de morbi primâ occasione paulò minutiùs interrogaverit (modò ex acutorum istorum morborum numero sit quos suprà tractavimus), audiet quasi semper vel eum vestem aliquam temere deposuisse cui pridem assueverat; vel corpus motu excalefactum subito frigori permisisse, atque ex alterutrâ harum* προφαδα *incidisse in morbum. Quam ob causam familiares meos semper moneo, ut nullo alio*

anni tempore quicquam vestium, quibus assuevère, sibi detrahant, nisi mense uno ante solstitium æstivum : nec minori cum studio eosdem hortor, ut ab exercitio calescentes frigus sedulò evitent. » (Sydenham, *sectio sexta; febres intercurrentes.*)

Il est vrai que quelques modernes observateurs soutiennent que ces maladies, qu'Hippocrate, Sydenham, Stoll, attribuaient aux grandes alternatives de chaud et de froid, se développent, au contraire, sans causes connues. D'ou vient cette dissidence d'opinion en pareille matière ? Je l'ignore. Mais ce que je ne crains pas d'assurer, c'est qu'il faut avoir été bien malheureux en matière d'observation étiologique, pour n'avoir pas reconnu toute la vérité des maximes d'Hippocrate et de Sydenham sur l'influence des vicissitudes atmosphériques dans la production des maladies. Il n'est pas de jour où, pour ma part, je n'observe des cas qui confirment ce point de doctrine.

Les causes dont nous venons de nous occuper, sont celles que l'on désigne ordinairement sous le nom de causes *déterminantes* ou *occasionelles*. Il est un autre genre de causes auxquelles on a donné le nom de causes *prédisposantes* ou de prédispositions. A cette dernière catégorie de causes appartiennent le tempérament, la constitution, le sexe, l'âge, l'hérédité, etc. (1).

La *prédisposition* aux maladies constitue moins une cause proprement dite, qu'une condition propre à favoriser l'action des causes déterminantes, lorsqu'elles sont mises en jeu.

---

(1) L'hérédité se rattache au tempérament et à la constitution. Il est clair, en effet, qu'on n'hérite point, à rigoureusement parler, d'une maladie toute formée, mais bien de l'organisation qui prédispose à cette maladie.

Quoiqu'il en soit, la prédisposition doit être prise en très sérieuse considération. Elle est, d'ailleurs, susceptible d'une foule de degrés. Quand elle est très prononcée, il suffit de la plus légère action de la part des causes déterminantes pour donner naissance à la maladie. C'est ainsi, par exemple, que chez certains sujets éminemment prédisposés à la tuberculisation pulmonaire, l'influence du froid et de l'humidité, à un degré très faible, suffira pour produire cette déplorable maladie. Dans les cas de ce genre, on pourrait, jusqu'à un certain point, considérer la maladie comme un produit dont la prédisposition et les causes déterminantes sont les facteurs. Or, il est évident que lorsque l'un de ces facteurs sera très fort, la maladie aura lieu, bien que le second facteur soit très faible. Mais il ne faut pas penser, avec quelques prétendus observateurs, que la prédisposition suffit à elle seule pour la production de la maladie, et que d'un autre côté sans cette prédisposition, les causes déterminantes seraient non avenues et comme si elles n'existaient pas. C'est là une double erreur dont nous laissons au simple bon sens le soin de faire justice.

Ce n'est pas une chose de médiocre importance que de bien apprécier l'influence des agents physiques dans la production des maladies. En effet, ceux qui méconnaissent cette influence ne manquent pas, pour la plupart, de supposer, d'imaginer d'autres causes, et de là ces *virus*, ces *vices*, ces *principes* rhumatismal, goutteux, scrofuleux, etc., dont l'existence est aussi chimérique que celle de ces influences *astrales* et *divines* admises par Paracelse. Il est pourtant bien temps d'exiler, sans retour, de l'empire de la médecine, ces croyances fabuleuses et ces grossières superstitions. Il faut procéder, en un mot, dans l'étude de l'étiologie avec cette sévérité et cette exactitude d'observation dont a fait preuve M. Edwards, dans son bel

ouvrage intitulé : *De l'influence des agents physiques sur la vie.*

Les agents pathogéniques sont si nombreux et si divers entre eux, qu'on a dû songer de bonne heure à les *classer.* Mais jusqu'ici, nous ne possédons aucune classification de ce genre, qui soit complétement satisfaisante. Pour parvenir à résoudre un pareil problème, il faudrait bien connaître la nature et la manière d'agir des diverses causes pathogéniques. Quelques agents physiques et mécaniques sont les seuls dont on ait analysé le mode d'action (1). Nous ne possédons que des données insuffisantes sur le mécanisme de la plupart des agents chimiques. Nous ne savons absolument rien sur la nature des agents moraux proprement dits, non plus que sur celle de ces causes *spécifiques* qui produisent la peste, le choléra, la variole, etc.

Au reste, nous allons revenir sur ce sujet dans l'article suivant, consacré à l'examen de la *nature* des maladies.

ARTICLE II.

De la nature intime ou de l'essence des maladies et de leur classification d'après cette nature.

Le problème de la nature intime des maladies se rattache étroitement à celui de la connaissance de la nature et du mécanisme des causes pathogéniques. Or, s'il est malheureusement vrai que, dans l'état actuel de la science, le mécanisme d'un bon nombre de causes soit enveloppé des plus profondes ténèbres, il s'ensuit que les mêmes ténèbres doivent envelopper la *nature* intime des maladies produites par les causes dont il s'agit.

---

(1) Il s'en faut bien que cette matière ait elle-même été épuisée. C'est ainsi, par exemple, que nous ne savons presque rien de précis sur le rôle que joue l'électricité, considérée comme cause de maladie.

Quoiqu'il en soit, dans tous les temps, la détermination de la nature des maladies a vivement exercé l'esprit des médecins. Nous avons donné une idée de ses principaux efforts dans les deux premières parties de cet Essai. Il ne nous reste guère qu'à exposer les résultats auxquels on peut prétendre aujourd'hui dans une aussi difficile matière.

Depuis Thémison jusqu'à M. Broussais, tous les auteurs qui ont eu assez de hardiesse et de puissance de génie pour oser sonder la nature des maladies en général, et les classer ou les systématiser sur cette base, sont arrivés à des conclusions qui, au fond, ne diffèrent pas beaucoup les unes des autres. Tous ont réduit les nombreuses maladies à un très petit nombre de classes. Thémison les rapporte à deux classes, savoir le *strictum* et le *laxum*. Brown les systématise de la même manière, et delà sa *dichotomie* des maladies *sthéniques*, et des maladies *asthéniques*. Bichat et plusieurs auteurs de son école les rangent sous trois classes, savoir : celles par *augmentation* des propriétés vitales ; celles par *diminution* et celles par *altération* des mêmes propriétés. Enfin, M. Broussais a compris les maladies *internes* dans deux grandes divisions, dont l'une est consacrée aux maladies *irritatives*, et l'autre aux maladies dans lesquelles l'excitation est au-dessous du type normal. La doctrine de l'excitement en Italie rentre dans celle de notre illustre réformateur.

Pinel, qui affectait une sorte de dédain pour les recherches sur la nature intime des maladies, avait néanmoins, sans y penser, pris cet élément pour base de son fameux *pentateuque* nosologique. Or, 1° si l'on retranche du cadre de Pinel la classe des fièvres continues qui rentre évidemment aujourd'hui dans celle des phlegmasies, 2° si l'on fait attention que les classes des névroses et des lésions organiques se composent de maladies dont les unes

appartiennent certainement aux phlegmasies chroniques, les autres à une simple augmentation ou diminution de l'excitation normale, les autres enfin aux maladies purement physiques et mécaniques; si, dis-je, on procède ainsi, on verra qu'en dernière analyse, le système de Pinel n'est guère plus large que ceux qui l'avaient précédé et qui l'ont suivi.

Que l'on déclame tant qu'on voudra contre les généralisations et les classifications dont nous venons de parler, il faut bien qu'elles reposent sur quelque fond de vérité, puisqu'elles se reproduisent ainsi sensiblement les mêmes, aux diverses époques de la science.

Mais il est un reproche que l'on doit adresser à la plupart des classifications et des systèmes les plus modernes: c'est qu'ils ne comprennent que les maladies dites *vitales*, et laissent de côté les maladies qui consistent en des lésions purement physiques et mécaniques, tels que les vices de nombre, de position, de conformation, de continuité, etc., etc. (1).

Après ce défaut de la plupart des systèmes nosologiques fondés sur la *nature* intime des maladies, il en est encore un autre que nous devons signaler. Ces systèmes fondés, comme il vient d'être dit, sur la considération exclusive des propriétés ou forces vitales, telles que la *sensibilité*, *la contractilité*, *la tonicité*, *l'irritabilité*, *l'excitabilité*, reposent en outre sur ce principe: que les phénomènes vitaux sont régis par des lois et des forces essentiellement différentes de celles qui gouvernent les phénomènes physico-chimiques. Or, c'est là, ainsi que nous l'avons prouvé, une très grande erreur. En effet, les lésions des pro-

---

(1) M. Broussais a fait entrer cet élément en ligne de compte, en exposant son plan de classification dans la première édition de son *Examen*.

priétés vitales qui ont été prises pour point de départ des plus célèbres classifications, ne sont souvent elles-mêmes qu'un effet des modifications survenues dans les conditions physiques et chimiques des organes.

Du reste, il est clair comme le jour que si l'on veut continuer à se servir exclusivement d'une telle base de classification, savoir les lésions des propriétés dites vitales, les maladies se réduiront éternellement aux trois classes suivantes de Bichat : 1° *augmentation*, 2° *diminution*, 3° *altération* (*déviation*, *désordre*, *ataxie*) de ces propriétés.

Mais une telle classification ne saurait satisfaire les esprits exacts, à une époque où l'application des sciences physico-chimiques à la médecine a, pour ainsi dire, changé la face de cette dernière. C'est ce qui a été très bien vu par M. Broussais, lorsqu'il a désigné l'action organique sous le nom de *chimie vivante*. Toutefois, nous sommes malheureusement forcés de reconnaître que l'observation et l'expérience ne nous ont pas encore fourni assez de lumières sur la nature des maladies, pour que nous puissions nous flatter de posséder aujourd'hui tous les éléments nécessaires à une bonne classification des maladies de nature physico-chimique. Nous ne faisons aucune difficulté, comme on le voit, d'avouer l'état peu avancé de la *physique et de la chimie vivantes*, sans que pour cela nous en persistions moins à soutenir, avec la plus intime conviction, que toute classification nosologique dans laquelle on n'aura pas pris pour une de ses bases la nature physico-chimique des maladies, sera nécessairement imparfaite et purement *transitoire*. D'un autre côté, si la part de la mécanique, de la physique et de la chimie étant faite, on trouve dans la nature des maladies un autre *élément* de classification, certes ce n'est pas nous qui nous opposerons à ce qu'on en tienne tout le compte convenable.

En admettant comme réel ce dernier élément, sous le

nom de *maladies vitales* ou *nerveuses* (1), les maladies se réduiraient, en dernière analyse, aux trois grands modes suivants: 1° mode *mécanique*, comprenant les solutions de contiguité, de continuité, les dilatations, les carcotations, etc., produites par des puissances mécaniques quelconques; 2° mode *physico-chimique*, comprenant toutes les lésions que peuvent éprouver les solides et les liquides considérés dans leur composition chimique, et dans certaines conditions dynamiques qui, comme l'électricité, par exemple, ne tombent pas sous les sens; 3° mode *vital*, comprenant les maladies qui ne rentreraient pas dans les modes précédents et qui, si elles ne sont pas purement imaginaires, consistent en une lésion du principe dynamique *spécial* dont le système nerveux serait le dépositaire (2).

Comme le mode mécanique, le mode physico-chimique embrasse un grand nombre de maladies différentes, et entre autres, toutes celles qu'on attribue à l'*augmentation*, la *diminution* et l'*altération* de *sécrétion*, de *nutrition*, etc.

La classe des lésions physico-chimiques contient en particulier ce grand ordre de maladies qui, depuis des siècles, sont connues sous le nom d'inflammations, de phlegmasies, de phlogoses, d'irritations, car ces maladies consistent évidemment en une augmentation locale ou générale du principe excitateur de l'organisme, avec altération plus ou moins profonde de la structure ou de la composition des parties qu'elles affectent.

La même classe comprend aussi ces altérations locales

---

(1) Je dis vitales ou nerveuses, parce que en effet, s'il existe un *principe* vital essentiellement différent des forces physiques, c'est dans le système nerveux qu'il faut le placer.

(2) Je fais abstraction, dans cette classification, de certains vices de conformation primordiaux, de ceux, par exemple, où le nombre des organes est augmenté ou diminué.

et générales produites par certains agents, *spécifiques* ou non, tels que les miasmes putrides, les aliments de mauvaises qualités, etc.; de là ces fermentations, ces infections générales et locales, la gangrène, le scorbut et tant d'autres maladies qui consistent essentiellement en un vice de l'*hématose*.

Je me borne à ces considérations très générales, sur la nature intime des maladies et leur classification fondée sur cette nature, réservant de plus amples développements pour le *Traité de pathologie générale et spéciale*, que je dois publier.

CHAPITRE II.

GÉNÉRALITÉS SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE OU SUR LE SIÉGE ET LES CARACTÈRES ANATOMIQUES DES MALADIES.

ARTICLE PREMIER.

Siége ou localisation des maladies.

S'il est un axiôme en médecine, c'est assurément cette proposition, savoir: qu'il n'existe point de maladie sans siége. Si l'on admettait l'opinion contraire, il faudrait admettre aussi qu'il peut exister des fonctions sans organes, ce qui est une palpable absurdité.

La détermination du siége des maladies, ou leur localisation, est une des plus belles conquêtes de la médecine moderne. La solution de ce problème réclamait des connaissances dont les anciens étaient presque entièrement privés, c'est-à-dire des notions anatomiques et physiologiques précises. Plus l'anatomie et la physiologie ont fait de progrès, plus aussi la localisation des maladies en a fait elle-même. C'est ainsi, par exemple, que les immortels travaux de Bichat sur *l'anatomie générale* ont permis de

localiser dans les systèmes généraux ou générateurs des maladies jusque là vaguement localisées dans les organes considérés en masse ou en bloc. Ce n'est pas là cependant que l'on doit s'arrêter: il faut pousser l'investigation jusque dans les molécules organiques elles-mêmes. Cette anatomie *moléculaire* est le *nec plus ultra* du progrès en ce genre.

Les maladies pour la plupart siègent à la fois, et dans les solides, et dans les liquides de l'économie vivante. Nous avons rapporté dans la première partie de cet *Essai* les considérations de Bichat sur le sujet qui nous occupe, et nous avons vu que ce grand physiologiste s'était constitué le défenseur de l'humorisme bien entendu; ce qui est d'autant plus digne de remarque, que Bichat faisait consister toutes les maladies en une lésion de la *sensibilité et de la contractilité*, lesquelles propriétés n'appartiennent pas aux liquides en général et au sang en particulier. Pour échapper à cette contradiction, Bichat, après avoir signalé les maladies du sang, pose en fait, il est vrai, que ce liquide est doué de *vitalité*, mais il convient qu'on ne saurait dire en quoi consiste cette *vitalité*. Par conséquent, Bichat n'admet pas que le sang soit doué de contractilité et de sensibilité, sans quoi, il aurait bien su dire en quoi consistait la vitalité de ce liquide; par conséquent aussi, c'est à tort que Bichat, comme nous l'avons déjà prouvé précédemment, faisait consister toutes les maladies en une lésion de la sensibilité et de la contractilité.

Si ç'en était ici le lieu, nous rapporterions une immense quantité de faits propres à établir que tous les liquides en général, et le sang en particulier, sont susceptibles d'évidentes et graves altérations, soit *primitives*, soit *consécutives*. Ces faits prouveraient en même temps que ces altérations sont le résultat d'actions physico-chimiques, et que partant, même en admettant avec Bichat,

que le chimiste qui analyse le sang, n'en ait que le *cadavre*, cette analyse ne nous fournit pas moins des lumières extrêmement précieuses. Nous reviendrons sur ce point dans l'article suivant, consacré aux caractères anatomiques des maladies.

La question des maladies générales et locales a été la source de disputes qui durent encore de nos jours, mais qui ne manqueront pas de cesser, quand les termes de cette question auront été bien définis, et que la bonne foi présidera à toutes les discussions. Qu'il nous suffise de dire ici, que les systèmes *généraux* étant susceptibles de se prendre dans toutes les parties dont ils sont composés, il est évident que, dans ce cas, la maladie sera nécessairement générale. Le sang, dont l'étude se rattache à celle du système vasculaire, ne peut être non plus altéré dans toute sa masse, sans qu'il en résulte une maladie générale, etc.

D'un autre côté, il est des maladies, et en très grand nombre, qui, primitivement du moins, n'affectent qu'un seul organe, qu'un seul des éléments générateurs d'un organe : or, par opposition aux précédentes, elles constituent des maladies locales. Parmi ces dernières, il en est qui restent rarement locales, dans toute la force du terme. C'est ainsi, par exemple, que la plupart des inflammations ne tardent pas à s'étendre, à s'éparpiller, à se *généraliser*. Le mécanisme de cette *généralisation*, de cette *diffusion*, de ce *processus* n'est pas toujours le même. Dans quelques cas, dans ceux où une fièvre purement sympathique se déclare, le système nerveux ganglionnaire, qui mérite si bien alors le nom de nerf GRAND SYMPATHIQUE, paraît être l'agent et en quelque sorte le conducteur de la généralisation. Il y a là quelque chose que l'on peut comparer au rayonnement qui s'opère au sein d'un foyer de combustion ou d'électrisation : du foyer que représente l'inflammation, s'échappent de toutes parts des rayons qui

répandent dans tout le système de l'économie l'excitation locale.

Dans d'autres cas, la généralisation se fait par propagation immédiate de la maladie locale, par *continuité ou contiguité de tissu.* C'est ainsi, par exemple, que l'inflammation d'une veine peut s'étendre à tout le système vasculaire, etc.

Dans d'autres cas encore, c'est par voie d'absorption que les maladies se généralisent. Du pus ou tout autre produit morbifique pénètre dans la masse du sang, l'*infecte,* et de là une intoxication qui réagit sur le système nerveux, etc.

De même que les maladies locales se généralisent ainsi, suivant quelques auteurs, les maladies générales se localisent. Cette doctrine a grand besoin d'éclaircissements. En supposant qu'elle soit vraie en partie, il est certain qu'elle a été étrangement exagérée et faussée par ceux qui ont prétendu autrefois et qui osent encore prétendre aujourd'hui, que les inflammations locales en général, telles que la pleurésie, la pneumonie, l'angine, l'entérite ellemême, etc., etc., ne sont réellement que la localisation, la *crise* d'un état morbide général. Pour soutenir un pareil paradoxe médical, on se fonde sur ce qui a lieu dans les *fièvres éruptives.* Mais outre que d'énormes différences séparent les phlegmasies indiquées plus haut des maladies dites fièvres éruptives, c'est une grande erreur de croire que l'état général qui précède l'éruption caractéristique de celles-ci, se localise entièrement sur les points où s'opère cette éruption. En effet, l'état général, le mouvement fébrile persiste après l'éruption, et celle-ci, à son tour, réagit sur les systèmes sanguin et nerveux, ces deux grands moyens de généralisation morbide.

On sait combien il a fallu de temps pour localiser les diverses maladies dont les anciens ne connaissaient que les

symptômes généraux. On sait, par exemple, que cette cohorte de groupes symptomatiques, connus sous le nom de *fièvres essentielles*, n'a été localisée définitivement que depuis M. Broussais. Il reste encore à localiser, d'une manière plus précise qu'on ne l'a fait encore, un assez bon nombre de maladies nerveuses, telles que l'épilepsie, l'hystérie, etc.

ARTICLE II

Caractères anatomiques des maladies.

De même que l'anatomie normale est la base de la physiologie de l'homme à l'état de santé (1), ainsi l'anatomie pathologique ou anormale est le fondement de la médecine ou de la physiologie de l'homme malade.

L'anatomie pathologique est, comme l'a dit Frédéric Hoffmann, le flambeau et en quelque sorte l'œil de la médecine. Ce flambeau éclaire le médecin, même dans l'application des moyens thérapeutiques. Sans la connaissance de l'anatomie pathologique, le vrai diagnostic serait évidemment impossible. « *Prima pars medicinæ est diagnosis et anatomiæ pathologicæ peritia. Quibus ablatis, therapeia andabatarum pugna foret, medicusque oculis clausis, ancipiti gladio, entia rationis, phantasiæ scilicet fictiones persequendo, vitam sæpius quam morbum lacesseret.* » (Laennec, *Auscult. méd.*, tome Ier, page 6, 2e édit.)

On a peine à croire qu'il existe même encore aujourd'hui, ainsi que du temps de Morgagni, des médecins (*quosdam*

(1) Suivant une heureuse expression de Haller, la physiologie n'est autre chose que l'anatomie vivante (*anatome animata*). Le célèbre physiologiste de Berne a dit avec raison : « *Qui physiologiam ab anatomiâ « avellere studuerunt, ii certè mihi videntur cum mathematicis posse com- « parari qui machinæ alicujus vires et functiones calculo exprimere susci- « piunt, cujus neque rotas cognitas habent, neque tympana, neque men- « suras, neque materiem.* »

sciolos audaculos, c'est ainsi que Morgagni les appelle) qui considèrent l'anatomie pathologique comme fournissant peu de lumières à la médecine. Parmi les arguments auxquels Morgagni s'est cru obligé de répondre, au commencement du premier livre de son immortel ouvrage, se trouve celui-ci, savoir : que les altérations rencontrées sur les cadavres peuvent être le résultat de l'agonie, de la décomposition qui a lieu après la mort; que d'autres altérations doivent moins être attribuées à la maladie qu'à un mauvais traitement, etc. Morgagni répond, avec sa haute raison, qu'il ne prétend nier aucune de ces choses, mais il dit en même temps que nul observateur ne pourrait guère être la dupe de toutes ces choses, à moins qu'il ne le voulût (1).

Une plus sérieuse objection que l'on peut adresser à l'anatomie pathologique, c'est qu'il est des maladies qui n'apportent aucune modification *appréciable* dans les conditions anatomiques proprement dites de nos organes. En effet, l'anatomie pathologique, séparée de la physiologie, étant une science purement *graphique*, et ne s'occupant que des organes malades à l'état de repos, d'inertie et pour ainsi dire de *cadavre*, ce n'est pas à elle assurément qu'il faut demander tous les secrets de la vie pathologique, comme ce n'est pas dans l'anatomie normale que l'on doit uniquement chercher les mystères de la vie normale, comme ce n'est pas dans les conditions *visibles* et *tangibles* des corps bruts eux-mêmes, que le physicien peut trouver l'*explication complète* de tous les phénomènes

---

(1) Solent hæc prœtendere : *posse aliqua esse in cadaveribus quæ in moribundis, aut post mortem sint facta ; alia quæ non tam morbo, quam malæ curationi sint imputanda ; alia demùm quæ morbi causæ non sint, sed effectus, sic, ut hi sæpenumerò, non morbus, interimant. Quarum ego rerum nullam inficior. Sed idem aio, vix posse quempiam ab his rebus decipi, nisi si velit.*

qu'ils présentent. Il n'est aucune science naturelle, en un mot, qui n'ait un côté rationnel, qui n'en appelle à l'intervention de *principes* ou de *conditions dynamiques*.

Que si nous désignons sous le nom de lésions de l'organisation, les maladies qui ne sont pas du ressort de l'anatomie pathologique proprement dite, c'est que nous comprenons sous le mot d'organisation et les conditions matérielles, *visibles*, *tangibles*, appréciables par nos moyens directs d'observation, et les conditions *animatrices* qui échappent à l'observation directe, ou qui ne tombent pour ainsi dire que sous le sens de la raison. Or, il répugne au sens interne ou *rationnel*, plus infaillible, peut-être, que les sens externes, d'admettre des maladies qui ne soient pas des modifications quelconques de l'organisation *vivante*, comme il lui répugne d'admettre *un effet sans cause*.

« N'oublions pas, d'ailleurs, comme je l'ai dit dans un « autre ouvrage (1), que les recherches faites après la « mort, ne nous permettent pas de voir l'organe malade « tel qu'il était exactement pendant la vie, même sous le « point de vue de ses conditions appréciables à nos moyens « directs d'observation. Ces recherches ne nous montrent, « en un mot, que les *restes* de la maladie, que le *cadavre* « de l'organe malade. Qu'est alors devenue, en effet, sa « température? qu'est devenue sa rougeur elle-même, dans « beaucoup de cas? Je laisse de côté les phénomènes de « mouvement et de sensibilité qui, mourant en quelque « sorte avec l'individu, ne peuvent être l'objet d'aucune « investigation *posthume*, pas plus que la condition pre- « mière ou le *principe* même de la vie. »

La doctrine qui vient d'être développée est, sous plusieurs rapports, la même que celle professée par M. Andral,

---

(1) *Traité clinique des maladies du cœur*, tome Ier, page 258.

dans le passage suivant de son *Précis d'anatomie pathologique*.

« Vouloir expliquer, dans l'état actuel de la science, « dit M. Andral, tous les phénomènes physiologiques et « pathologiques, par une différence dans l'arrangement « de la matière chez les êtres vivants, c'est, en beaucoup « de circonstances, se placer dans l'hypothèse. Frappés « de tout ce qu'il y avait d'insuffisant et de conjectural « dans cette explication, plusieurs auteurs admettent que, « dans toute maladie, le premier mobile du désordre « réside dans les FORCES mêmes qui dirigent les actes de « toute molécule vivante, et dont les organes ne semblent « être que les instruments. Puisque, chez l'homme, l'ac- « complissement de ces actes paraît être sous la dépen- « dance nécessaire du système nerveux, on peut, par hy- « pothèse, regarder, chez lui, ce système comme le siége « et le dépositaire de la *force vitale*. Par hypothèse en- « core, on peut admettre, pour une plus commode ex- « plication des faits, que dans les centres nerveux se « forme un fluide, qu'on appellera nerveux, vital, électro- « vital, et qui représentera la force inconnue par laquelle « ces centres tiennent sous leur dépendance tous les or- « ganes. Le mot *d'innervation* ne signifie autre chose que « l'influence exercée par cette force, toutes les fois qu'un « acte vital s'accomplit. Tantôt la lésion de l'innervation « est suivie d'altérations sensibles à nos divers moyens « physiques d'investigation; tantôt cette lésion n'est « suivie que d'un dérangement dans les actes mêmes ou « dans les fonctions de l'organe. De là souvent une par- « faite identité de symptômes, bien que les lésions décou- « vertes par l'*anatomie* soient très différentes, ou que « même *on n'en découvre aucune*. La lésion de l'innerva- « vation se traduit à nous par des phénomènes qu'on peut « rapporter, 1° à une excitation de la force vitale; 2° à

« son abaissement au-dessous du type normal; 3° à sa « perversion. On peut désigner ces trois espèces de lé- « sions sous les noms d'*hyperdynamie*, d'*adynamie*, et « d'*ataxie*. » (Tome 1er, pages 570 à 573.)

On voit, par ce passage, que M. Andral admet l'existence de lésions qui ne tombent pas sous nos sens, bien qu'il les ait placées dans le domaine de l'anatomie pathologique. Quant à l'hypothèse qu'il imagine pour expliquer ce genre de lésions, j'ai avancé moi-même ailleurs qu'elle n'était pas plus inadmissible que celle adoptée par les physiciens pour expliquer les phénomènes électro-magnétiques. « Ainsi, en dernière analyse, nous ne pou- « vons connaître autre chose que les phénomènes et les « lois qui les régissent. Quant aux forces qu'on imagine « pour expliquer les phénomènes de la science de la vie, « ce n'est réellement que par une espèce de *foi physiolo-* « *gique*, et non d'après l'expérience directe, qu'on peut en « admettre l'existence; mais ce qu'il y a de bien certain, « c'est qu'elles ne se révèlent à nous que sous l'apparence « de l'organisation, et que la destruction de celle-ci en- « traîne celle de tous les actes dits vitaux. »

En somme, bien que l'on ne puisse concevoir aucune maladie sans une lésion quelconque de l'organisation, il n'en est pas moins vrai que certaines lésions se dérobent, quant à présent, et se déroberont probablement toujours, à nos moyens directs d'exploration (1).

Quelle que soit la part des lésions d'origine dynamico-vitale, il n'en est pas moins de la dernière importance de

(1) Qu'un malade, épuisé par la douleur, meure pendant une opération chirurgicale qui n'a entraîné qu'une perte de sang très légère, certainement l'examen du cadavre ne vous montrera pas la cause anatomique de la mort. « Alors, dit Dupuytren, la sensibilité s'est épuisée, comme le « sang s'épuise dans une hémorragie. » (M. Hipp. Royer-Collard, *Essai d'un système général de zoonomie*, page 113.)

connaître les conditions matérielles proprement dites et en quelque sorte *passives*.

Cela étant posé sur la valeur et l'importance de l'anatomie pathologique, il nous reste à présenter quelques considérations générales sur les moyens d'observation, sur l'appréciation et sur la classification des faits de cette science.

I. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit des méthodes d'observation médicale en général, dans la seconde partie de cet *Essai*. Nous répéterons seulement que pour recueillir les faits dont elle se compose, l'anatomie pathologique doit faire usage de méthodes et de procédés *mathématiques*, *mécaniques*, *physiques* et *chimiques*.

On donne le nom d'*autopsie cadavérique* ou d'*ouverture des cadavres*, de *nécropsie*, de *nécroscopie*, à l'ensemble des opérations qu'on doit pratiquer, pour constater les altérations survenues dans la structure externe et interne du corps en général, et de chacun de ses divers organes en particulier. Que de choses dans une ouverture de cadavre complète ! En effet, l'analyse mécanique ou la *dissection* ne doit être aujourd'hui qu'un des éléments de cette exploration. Ce n'est pas par elle, mais bien par l'analyse, et, si l'on ose le dire, par la dissection physique et chimique seulement, que nous pouvons connaître les modifications survenues dans la nature ou la composition des solides et des liquides ; et comme plusieurs des détails précis que peuvent fournir, et les méthodes physiques, et les opérations chimiques, manquent dans presque toutes nos ouvertures de cadavre actuelles, dans un siècle d'ici, on les trouvera peut-être aussi incomplètes que nous trouvons celles pratiquées par nos prédécesseurs (1).

---

(1) Parmi les méthodes physiques dont l'emploi est trop négligé en anatomie pathologique, il faut ranger l'inspection microscopique, et cette

Même en mettant de côté les délicates opérations de physique et de chimie qui en constituent au moins le complément, une ouverture de cadavre ne peut être bien faite

---

négligence est moins excusable que jamais, aujourd'hui que M. Raspail nous a facilité l'usage du microscope. Parmi les observateurs qui se sont livrés récemment à ce genre d'exploration, je citerai M. le docteur Donné. Voici les résultats qu'il en a obtenus, en ce qui concerne le sang, dans certains cas de maladie.

1° Sang d'une femme de vingt-six ans, morte d'une gangrène du poumon, et exhalant lui-même une odeur gangréneuse. — Globules petits et déformés d'une manière remarquable ; leur contour est éraillé.

2° Sang d'une femme morte d'une métro-péritonite puerpérale (une forte application de sangsues avait été faite ; à l'autopsie on n'a trouvé qu'une très faible quantité de sang, un épanchement séro-purulent dans l'abdomen, et une grande mollesse du foie, du cœur et de tous les organes).—Les globules sanguins sont moins déformés que dans le cas précédent, mais ne se dessinent pas nettement. Le liquide épanché dans l'abdomen présente quelques globules rares, très déformés.

3° Sérum du sang d'une femme ayant depuis longtemps une maladie du cerveau, et saignée pour cause d'un érysipèle.— Globules très petits et très rares, le sang du caillot n'offre pas une forme très régulière.

4° Sang d'un homme saigné pour une *fièvre bilieuse* avec pneumonie. — Beaux globules qui tendent à se réunir et à s'agglutiner.

5° Sérum du sang d'une jeune fille, affectée de *fièvre bilieuse.*—Globules bien marqués, peu transparents.

6° Sang d'une femme morte hydropique. — Les globules sont extrêmement peu nombreux.

7° Sang d'une femme morte d'une maladie du foie. — Globules assez beaux, mais commençant à se déformer.

8° Sang d'un jeune homme mort d'une péritonite aiguë, traitée par les frictions mercurielles. — Globules très déformés.

9° Sang d'un jeune homme qui a succombé à la même maladie, traitée de la même manière. — Les globules ont perdu leur forme normale; quelques-uns sont très gros.

Après avoir cité ces faits, M. Donné ajoute, avec une circonspection digne d'éloges : « Si l'on me demande, dit-il, quelles conséquences je « compte tirer de ces faits, je répondrai que je me contente pour le mo- « ment de les signaler, sans les expliquer. Je pourrai peut-être plus tard « me permettre d'aller plus loin. »

que par des hommes qui en ont une longue habitude, et comme de tels hommes sont assez rares, on ne doit accepter qu'avec une sage défiance, qu'avec un doute *philosophique*, les résultats anatomico-pathologiques annoncés par certains observateurs. C'est ainsi, par exemple, qu'il y a une quinzaine d'années, on aurait eu grand tort de prendre pour des ouvertures bien faites celles de ces auteurs qui proclamaient n'avoir *rien trouvé* dans le cadavre des individus morts de fièvres dites essentielles (1).

Ce serait rendre un véritable service à la science que de publier un ouvrage complet sur *l'art de faire les autopsies cadavériques*. Dans l'impossibilité où je me trouve d'exposer ici tous les détails que comporte une pareille matière, je me contenterai de prescrire quelques-unes des règles fondamentales à observer dans l'examen des cadavres.

Il faut explorer avec la plus scrupuleuse attention les différents organes en masse, et les éléments dont ils se composent. Il est bien entendu que l'exploration doit porter à la fois et sur les solides et sur les liquides. Il ne faut pas indiquer ou décrire d'une manière vague, approximative, les différentes lésions, mais les *préciser*, autant que possible. Sans doute, ainsi que nous l'avons déjà donné à entendre, nous ne saurions encore atteindre à une extrême précision dans toutes les recherches anatomico-pathologiques indistinctement; mais on le peut quand il s'agit de déterminer certaines lésions, telles que celles relatives au nombre, à la forme, au poids, à l'étendue, au volume, à la consistance, à la couleur, etc., des parties. Il ne faut pas se contenter des mots, plus, moins, à peu près, et autres tout aussi vagues, mais dire positive-

(1) Voyez le *Traité des fièvres* de M. Chomel, publié en 1821.

ment les choses, et pour cela, compter, mesurer, peser, en un mot, employer des *méthodes exactes* d'observation. Il est vrai que des ouvertures de cadavres pratiquées avec tout le soin convenable, *font perdre* beaucoup de temps, si l'on peut considérer comme du temps perdu, celui qu'on emploie à des travaux aussi importants. Il vaut mieux ne point faire d'*autopsies cadavériques* que d'en faire de mauvaises. Nous avons vu tout-à-l'heure ce qui était arrivé naguère pour les *fièvres* dites *essentielles*, à quelques médecins qui n'avaient pas toujours ouvert avec le soin nécessaire les corps des individus emportés par ces maladies. Ils avaient fait servir les faits de prétendu défaut de lésions à la confirmation du dogme de l'esssentialité de ces *fièvres*. Nous aurions pu appliquer cette remarque à plusieurs autres maladies. « Autrefois, dit M. le profes-
« seur Lallemand, dans les ouvertures de corps, on n'exa-
« minait guère que l'organe qu'on supposait malade ; et
« quand les altérations ne correspondaient pas exacte-
« ment aux symptômes, on se contentait de ranger le fait
« parmi les *anomalies*, ou l'on croyait l'avoir expliqué
« en l'attribuant à une *idiosyncrasie* particulière, ou
« mieux encore, en en faisant un être abstrait, existant
« par lui-même, qu'on appelait maladie *essentielle* (1). »

II. L'appréciation des altérations diverses rencontrées sur les cadavres, n'est pas moins importante, ni surtout moins difficile que leur exacte description. Toutefois, cette difficulté d'*appréciation* n'est pas la même pour toutes les lésions indistinctement. Mais il en est quelques-unes de si légères, de si fugitives, que leur valeur ne saurait être déterminée avec trop de circonspection. Quant à celles qui pourraient être le résultat de l'agonie ou des changements

---

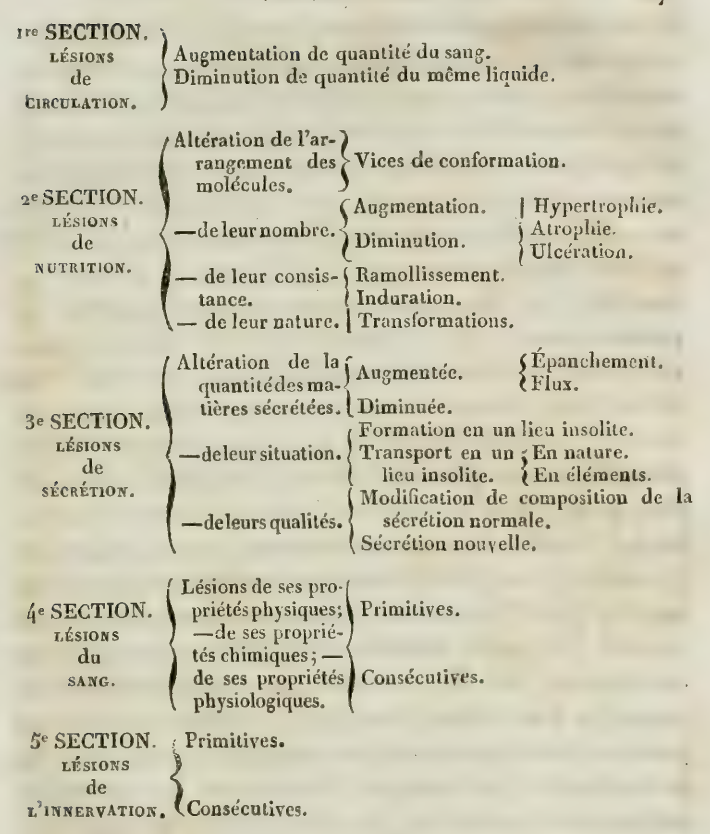
(1) *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances.*

survenus depuis l'instant de la mort jusqu'à celui de l'ouverture (par exemple, certaines rougeurs ou autres colorations, certains ramollissements, etc.), nous pensons, avec Morgagni, qu'en général, un médecin versé dans l'anatomie pathologique, saura très bien les distinguer de celles qui ont été l'effet de la maladie. Si, dans quelques cas exceptionnels, cette distinction est embarrassante, on signalera cette circonstance ; et de cette façon, si l'on ne peut découvrir la vérité, on évitera, du moins, de tomber dans l'erreur. Le doute est ici le cachet de la vraie prudence scientifique.

III. Ce n'est pas tout, en anatomie pathologique, que d'avoir recueilli des faits et de les avoir, après ample examen, bien pesés, bien jugés, il faut ensuite, comme dans toute autre science, les *classer*, les *systématiser*, suivant leurs *communautés* et leurs *particularités*, leurs ressemblances et leurs différences. Plusieurs auteurs, tels que Marandel, Laënnec, Lobstein, MM. Cruveilhier, Andral, etc., ont essayé de remplir, en tout ou en partie, cette tâche difficile. Les uns, considérant les altérations anatomico-pathologiques et les produits anormaux, indépendamment de la modification de leurs causes productrices, soit mécanique, soit chimique, soit *vitale*, ont procédé dans leur classification à la manière des botanistes et des minéralogistes dont les systèmes reposent uniquement sur les *caractères extérieurs*. D'autres s'efforçant de remonter jusqu'au mode de *génération* des altérations et des produits morbides, ont placé sur le terrain de la physiologie les fondements de leur distribution anatomico-pathologique. Au nombre de ces derniers est M. Andral, dont nous allons rapporter ici la classification. Il partage en cinq sections toutes les altérations du corps humain (1).

---

(1) *Précis d'anatomie pathologique*, tome Ier.



1re SECTION. LÉSIONS de CIRCULATION.
- Augmentation de quantité du sang.
- Diminution de quantité du même liquide.

2e SECTION. LÉSIONS de NUTRITION.
- Altération de l'arrangement des molécules. — Vices de conformation.
- — de leur nombre.
  - Augmentation. — Hypertrophie.
  - Diminution. — Atrophie. Ulcération.
- — de leur consistance.
  - Ramollissement.
  - Induration.
- — de leur nature. — Transformations.

3e SECTION. LÉSIONS de SÉCRÉTION.
- Altération de la quantité des matières sécrétées.
  - Augmentée. — Épanchement. Flux.
  - Diminuée.
- — de leur situation.
  - Formation en un lieu insolite.
  - Transport en un lieu insolite. — En nature. En éléments.
- — de leurs qualités.
  - Modification de composition de la sécrétion normale.
  - Sécrétion nouvelle.

4e SECTION. LÉSIONS du SANG.
- Lésions de ses propriétés physiques; — de ses propriétés chimiques; — de ses propriétés physiologiques.
  - Primitives.
  - Consécutives.

5e SECTION. LÉSIONS de L'INNERVATION.
- Primitives.
- Consécutives.

Il n'est pas de mon sujet de discuter ici, d'une manière approfondie, la classification de notre savant et célèbre collègue, M. le professeur Andral. Le point essentiel à examiner serait la question de savoir si une classification des lésions anatomico-pathologiques telles qu'on les trouve sur le cadavre, doit avoir pour base la physiologie, ou si, au contraire, elle doit reposer sur l'anatomie elle-même, c'est-à-dire sur la considération des conditions observables dans le corps privé de vie. En adoptant le premier mode de classification, il est évident que les classifications anato-

mico-pathologiques ne différeraient plus au fond des classifications nosologiques proprement dites ou de celles qui sont fondées sur la nature intime des maladies. Cette confusion n'entraînerait pas de bien graves inconvénients, attendu que la physiologie et l'anatomie sont moins deux sciences distinctes que deux éléments d'une seule et même science. Ce qu'il y a de certain, c'est que sur le cadavre, il n'existe plus ni circulation, ni sécrétion, ni innervation, etc., et que partant, il peut paraître singulier, au premier abord, que la classification des lésions qu'on y rencontre, porte sur les modifications des fonctions dont il s'agit. Mais, encore une fois, cette singularité n'est qu'apparente, puisque réellement les lésions observées sur le cadavre sont les *effets* des lésions de circulation, de sécrétion, de nutrition, etc., qui ont eu lieu pendant la vie. Seulement, comme l'a très bien dit Bichat, c'est le cadavre de la maladie et non la maladie tout entière que nous avons sous les yeux, quand nous procédons à son examen après la mort. Les seules maladies auxquelles cette remarque ne s'applique pas, sont les lésions qui n'intéressent les organes que dans leurs conditions purement statiques ou passives, telles que les simples solutions de contiguité ou de continuité, par exemple. Hors ces cas, les altérations anatomiques ne sont pas les *causes* réelles des maladies, comme l'indique le titre de l'ouvrage de Morgagni; elles en sont, au contraire, les effets.

Quoiqu'il en soit, il résulte des réflexions précédentes, que la classification dont nous avons posé les bases dans le premier chapitre de cette troisième partie, est, jusqu'à un certain point, applicable aux faits de l'anatomie pathologique. Je dis jusqu'à un certain point, car l'élément *dynamique* ou *vital* ne saurait y trouver place. Par conséquent, en dernière analyse, toutes les lésions anatomico-pathologiques proprement dites, se réduisent à des modifica-

tions dans les conditions physiques et dans la composition ou l'organisation du corps en général et de chacun de ses instruments en particulier. Par conséquent aussi, une bonne classification anatomico-pathologique doit, en grande partie, reposer sur la physique et la chimie.

CHAPITRE III.

GÉNÉRALITÉS SUR LES SYMPTÔMES ET LE DIAGNOSTIC DES MALADIES.

ARTICLE PREMIER.

Des symptômes en général.

§ Ier. *Définition et classification philosophique des symptômes.*

La signification du mot symptôme n'est pas aussi précise qu'on pourrait le croire au premier abord. Suivant quelques-uns, les mots *symptôme*, *signe*, peuvent être employés comme synonymes ; selon d'autres, ces mots n'expriment pas exactement la même idée.

Dans sa pathologie générale, M. Chomel définit le symptôme : *tout changement perceptible aux sens, survenu dans quelque organe ou dans quelque fonction, et lié à l'existence d'une maladie.* Il ajoute que *le symptôme diffère du signe, en ce que celui-ci suppose une opération de l'esprit, tandis que le symptôme est une simple sensation.* Cette définition et cette distinction ne sont pas à l'abri de toute objection. En effet, d'une part la distinction établie entre le *signe* et le *symptôme* peut paraître au moins un peu subtile, et c'est pour cela, sans doute, que la plupart des médecins, M. Laënnec entre autres, et M. Chomel lui-même se servent souvent indifféremment des mots *signe* et *symptôme*. Au reste, je n'insiste pas, déclarant que j'ai pour les disputes de mot une répugnance profonde.

D'autre part, d'après l'idée que M. Chomel attache au mot symptôme, il est clair que tous les caractères anatomiques des maladies doivent être également désignés sous le nom de symptômes. En effet, les caractères anatomiques des maladies ne sont-ils pas *un changement perceptible aux sens, survenu dans quelque organe, et lié à l'existence d'une maladie?* Il est évident du reste que la définition dont il s'agit s'applique à des changements autres que ceux compris sous le mot de caractères anatomiques.

Pour moi, je considère comme symptômes ou signes d'une maladie, toutes les modifications que cette maladie entraîne dans les conditions anatomiques ou physiologiques des organes qu'elle affecte. D'où il suit que les *caractères anatomiques* des maladies constituent de véritables symptômes. Expliquons notre pensée par un exemple bien connu. La rougeur, la tumeur, la chaleur, la douleur, voilà, dit-on, les symptômes ou signes généraux de l'inflammation. En admettant pour le moment cette définition de l'inflammation comme parfaitement exacte, ce qui n'est pas, nous voyons que la *tumeur* et la *rougeur*, c'est-à-dire des changements dans la *couleur* et le *volume* des parties, c'est-à-dire des *caractères anatomiques*, sont mis au rang des symptômes de l'inflammation aussi bien que la *chaleur* et la *douleur*, c'est-à-dire des modifications dans la *calorification* et la *sensation*, c'est-à-dire encore des *caractères physiologiques* ou des lésions fonctionnelles (1).

---

(1) La distinction que nous établissons ici, savoir la division des symptômes en ceux qui n'intéressent l'organisation que dans ses conditions purement anatomiques, *inertes*, *passives*, et en ceux qui dépendent essentiellement d'une lésion de cette même organisation à l'état de mouvement, d'activité, de *vie* en un mot, cette division, dis-je, avait déjà été proposée par Bayle, à peu près dans les mêmes termes. Il donnait le nom de symptômes *phy-*

Tout ce que nous avons dit des caractères anatomiques des maladies s'applique, à quelques modifications près, aux symptômes de la première catégorie (symptômes *anatomiques* ou *passifs*.) Il ne nous reste donc à parler que des symptômes de la seconde catégorie (*symptômes actifs*, *dynamiques*, *vitaux*).

Les symptômes de cette dernière catégorie n'étant que l'expression de la modification quelconque survenue dans l'action vitale, modification qui, comme nous l'avons dit précédemment, est la maladie elle-même considérée dans son *essence* ou sa nature intime, ces symptômes, dis-je, se révèlent à notre observation, les uns sous une double forme seulement, celle de plus ou de moins d'augmentation et de diminution, les autres sous une triple forme, savoir, les deux précédentes et de plus la forme qui consiste non en une *augmentation* ou une *diminution*, mais dans une *altération*, une *irrégularité*, une sorte *d'ataxie* des actes fonctionnels. Citons quelques exemples. Les symptômes fournis par l'exploration de l'acte de la calorification *vitale* ne peuvent consister qu'en une diminution ou une augmentation de la température des parties (1). Au

---

siques à ceux qui consistent en un changement appréciable, survenu dans les organes et persistant après la mort, tandis qu'il désignait sous le nom de symptômes *vitaux* ceux qui proviennent d'un dérangement des fonctions, sans lésion *sensible* dans la disposition des organes, et disparaissant complétement avec la vie.

(1) Si la calorification ou la production de chaleur n'est réellement susceptible que d'*augmentation* et de *diminution*, il n'en est pas de même de l'action chimico-vitale qui se passe au sein de nos parties. En effet, cette action peut être *altérée*, au lieu d'être simplement augmentée ou diminuée ; elle est augmentée dans les *hypertrophies*, les *hypercrinies*, elle est diminuée dans les *atrophies*, etc., mais elle est altérée (qu'elle soit ou non en même temps augmentée) dans les ramollissements, les indurations, les dégénérescences dites lardacée, cancéreuse, etc., etc., des divers organes.

contraire, les symptômes fournis par l'exploration des actes de locomotion, de sensation ou d'intelligence, peuvent provenir non seulement d'un *excès* ou d'un *défaut* de ces actes, mais d'une irrégularité, d'un désordre, d'une dépravation de ces mêmes actes, comme nous le voyons dans le délire pour l'intelligence, dans les irrégularités des mouvements des membres chez les choréiques, etc., dans ces appétits dépravés que nous observons chez certains individus, chez quelques jeunes filles chlorotiques en particulier.

Ce que nous disons ici de la triple forme sous laquelle les symptômes peuvent se présenter ne paraît, au premier abord que la répétition de cette doctrine de Bichat, savoir que les *propriétés vitales peuvent être augmentées*, *diminuées*, *altérées*. Il y a cependant une grande différence entre la doctrine de Bichat et la nôtre : en effet, d'une part, Bichat enseignait que toutes les maladies consistent en une lésion des propriétés vitales, et nous avons, au contraire, admis une classe entière de maladies où la lésion des propriétés vitales n'est pour rien ; d'une autre part, Bichat considérait la lésion des *propriétés vitales* (sensibilité et contractilité) comme étant la cause première, le principe même de la maladie, tandis que nous professons, au contraire, que la lésion des propriétés vitales admises par Bichat n'est qu'un symptôme, qu'un effet de la maladie.

On peut aussi rapporter à la division qui vient de nous occuper, celle de M. Andral concernant les lésions de l'innervation, qu'il ramène aux trois types suivants : *hyperdynamie*, *adynamie* et *ataxie*.

Il est bien entendu que dans les maladies dites *vitales*, on observe à la fois les deux catégories de symptômes établies plus haut. En effet, les conditions anatomiques et physiologiques sont tellement enchaînées entre elles qu'on

ne peut concevoir la *vie*, et partant ses maladies, sans le concours de ces deux ordres de conditions. Mais les modifications anatomiques se passent quelquefois dans des parties si déliées, si ténues et peuvent être si légères, si fugitives, qu'elles se dérobent à nos moyens d'exploration, même dans les cas où la scène morbide se passe dans des organes extérieurs ou à la portée de nos sens.

De ces considérations abstraites sur la définition et la classification philosophique des symptômes, passons à l'examen de quelques autres questions séméiologiques.

§ II. *Des méthodes à suivre en séméiologie.*

Tout ce que nous avons dit précédemment, en divers endroits de cet *Essai*, sur les principes de l'art d'observer, est applicable à la séméiologie. L'*inspection*, l'*auscultation*, l'*odoration*, la *dégustation*, la *palpation*, la *percussion*, la *pression*, la *succussion*, la *mensuration*, la *pondération*, la *numération*, l'usage des instruments physiques et mécaniques et l'emploi des réactifs chimiques, etc., etc., rien ne doit être négligé pour apprécier les modifications qu'ont pu éprouver les organes considérés dans leurs conditions physiques, mécaniques, chimiques et *physiologiques*. C'est ainsi que je procède pour mon compte et que je tâche d'imprimer à la clinique médicale ce caractère d'*exactitude*, qui seul peut en rendre l'étude satisfaisante, attrayante même à quiconque est doué d'un jugement droit et d'une intelligence sévère.

Certes, si tous les médecins procédaient ainsi, on n'en verrait aucun mettre en doute les avantages de l'application des sciences physiques et de leurs méthodes précises à l'étude de la médecine. Il est vrai que cette manière de faire exige d'abord un long apprentissage, et qu'elle suppose un zèle à l'épreuve de toutes les fatigues et de tous

les sacrifices. Avoir toujours la mesure et le compas à la main, compter les battements du pouls, les mouvements de la respiration, percuter, ausculter, examiner, avec un égal soin, les solides et les liquides, interroger en un mot les organes et leurs fonctions sous tous les rapports possibles, et répéter chaque jour toutes ces recherches, voilà un travail qui ne se fait pas en courant et pour ainsi dire en un clin-d'œil. Mais la chose vaut bien la peine qu'on y mette un temps suffisant : quand il s'agit, en définitive, de la santé et de la vie des hommes, la moindre négligence est trop grave pour qu'il soit permis d'en commettre.

Si la nature de cet ouvrage me permettait de descendre dans les particularités de la séméiologie, je montrerais comment la percussion, l'auscultation et quelques autres procédés d'exploration récents ont réellement, ainsi que l'a dit Laënnec, *mis, sous le rapport du diagnostic, les lésions organiques internes sur la même ligne que les maladies chirurgicales.*

Jusqu'à ces derniers temps, on ne s'était point assez occupé de l'examen séméiologique des liquides. Je me suis efforcé de combler, en partie, cette lacune. Depuis quatre ans, le sang, les urines, la salive, les sueurs, les crachats, ont été de ma part l'objet d'une étude spéciale. Cette étude n'aura pas été, j'ose l'espérer, complétement perdue pour la science. Je ne puis consigner ici tous les détails de ce genre de recherches. Qu'il me suffise d'annoncer que dans les grandes maladies, les liquides en général, et spécialement le sang et les urines, offrent des changements ou si l'on veut des symptômes, aussi constants que le sont ceux fournis par l'exploration des solides vivants. Ainsi, par exemple, le sang retiré dans les cas d'inflammation franche, offre des caractères tellement tranchés, qu'il suffit de le voir pour reconnaître l'existence de ce genre de maladie. Ces caractères diffèrent tellement de

ceux que présente le même liquide dans les cas d'inflammation avec complication putride ou typhoïde, que deux malades étant donnés, l'un atteint d'une pneumonie franche ou d'un rhumatisme articulaire aigu, etc., l'autre d'une entérite typhoïde (fièvre typhoïde, putride, adynamique, entéro-mésentérique), etc., on peut, par le seul examen du sang retiré à chacun d'eux, reconnaître positivement quel est celui qui est atteint de l'un ou l'autre de ces deux genres de maladies. Le résultat de ces recherches, dont un grand nombre d'élèves ont été témoins, et que M. le docteur Jules Pelletan, chef de clinique, a fait connaître en partie dans ses comptes rendus de notre service (1), seront exposés dans le Traité de pathologie générale et spéciale auquel je travaillerai immédiatement après la publication de cet *Essai* (2).

Les symptômes fournis par l'exploration des systèmes généraux, tels que le système circulatoire et le système nerveux, méritent une attention particulière. Ces symptômes ont été, pendant des siècles, considérés comme primitifs dans des cas où ils étaient secondaires ou sympathiques, et de là ces maladies générales dites *essentielles*, qui n'étaient que des maladies locales *généralisées*, suivant le mécanisme dont nous avons parlé dans le chapitre pré-

---

(1) *Voy.* ces comptes rendus dans le *Journal hebdomadaire des progrès de la médecine.*

(2) Ce serait bien mériter de la science et des élèves que de composer un ouvrage dans lequel on exposerait, avec clarté et précision, tous les signes fournis par les méthodes physiques, chimiques et mathématiques appliquées à la médecine. M. le docteur Raciborski a déjà en partie exécuté ce travail dans son excellent *Manuel d'auscultation et de percussion.* Mais que les élèves n'oublient jamais qu'après avoir lu, il faut *voir faire et faire soi-même* les opérations au moyen desquelles on recueille les signes. Pour apprendre à observer, évidemment il n'y a pas d'autre voie que celle-là : *fit fabricando faber.*

cédent. Toutefois, il est des cas où les symptômes dits *généraux* résultent d'une maladie primitive, idiopathique des systèmes du même nom, et l'on ne saurait trop s'attacher à bien distinguer ces cas des précédents. C'est à quoi on parviendra souvent sans beaucoup de difficultés, si l'on est profondément versé dans l'art du diagnostic, dont nous allons nous occuper ci-dessous.

ARTICLE II.

Réflexions générales sur le diagnostic.

Le diagnostic comprend deux choses principales, savoir : 1° la connaissance du siége de la maladie; 2° la connaissance de la nature de la maladie. Or, pour déduire cette double connaissance des données séméiologiques, il faut nécessairement admettre que celles-ci sont la traduction fidèle, la révélation formelle de la maladie.

Ce rapport précis, j'ai presque dit mathématique, entre les symptômes et la maladie, ne serait rien moins que réel, s'il fallait prendre à la *lettre* l'opinion de quelques auteurs dont le nom, sous tant de rapports, fait justement autorité dans la science. On a dit, en effet, que *souvent il existe une parfaite identité de symptômes, bien que les lésions découvertes par l'anatomie soient très différentes, ou que même on n'en découvre aucune.* S'il en était réellement ainsi, comment pourrait-on, par le moyen des symptômes, distinguer les unes des autres les maladies qui ne consistaient qu'en une simple *modification d'action* ou *dynamique*, et celles qui consistent en une *lésion d'organisation ou de texture*, distinction qui est cependant de la plus haute importance? Mais, encore une fois, la *contradiction* que l'on signale entre les symptômes et la maladie ne saurait jamais être qu'apparente et non réelle. S'il en était autrement, on ne pourrait plus admettre ce prin-

cipe évident, cet axiôme, savoir que *l'effet est en rapport avec la cause et réciproquement.* Il est bien vrai, j'en conviens, que certains symptômes existent également dans les deux catégories de cas dont il est ici question. Mais ce qui ne serait pas exact, ce serait de soutenir qu'il n'y a pas dans les cas de l'une de ces catégories des symptômes qui ne se rencontrent point dans les cas de l'autre. C'est au moyen de ces derniers symptômes qu'on parvient à établir le diagnostic *différentiel* qui nous occupe ici. Ainsi, par exemple, on peut éprouver des palpitations sous l'influence d'une excitation purement nerveuse du cœur, comme sous l'influence d'une véritable inflammation du cœur, ou par l'effet d'une simple hypertrophie du même organe. Mais, outre ces palpitations, il est d'autres symptômes qui *spécifient* l'inflammation et l'hypertrophie bien caractérisées du cœur, d'une manière si claire et si distincte, qu'à moins d'une insigne négligence ou d'une ignorance extrême, on ne saurait confondre aujourd'hui ces maladies avec une excitation purement nerveuse du même organe.

Que si, dans les cas bien tranchés, rien n'est plus facile que le diagnostic différentiel des deux ordres de cas ci-dessus établis, rien, au contraire, n'est plus délicat que ce même diagnostic dans les cas où les lésions matérielles ou anatomiques qui coïncident avec des états dynamiques sont encore peu prononcées. Ce n'est alors qu'en pesant, avec la plus grande attention, toutes les circonstances de la maladie qu'on a sous les yeux, qu'on peut espérer de résoudre, d'une manière un peu précise, le problème dont il s'agit. Pour réussir en pareille matière, il faut avoir une expérience qui ne s'acquiert que par de longs et pénibles travaux. Aussi, les erreurs ne sont-elles que trop communes en ce genre de diagnostic. Mais revenons à notre sujet.

La détermination du siége des maladies par la voie des symptômes est un simple corollaire des connaissances anatomiques et physiologiques. Je ne crois pas nécessaire d'entrer dans tous les détails que comporte cette question. Je noterai seulement qu'il ne faut pas seulement déterminer quel est l'organe malade, mais bien quelle est précisément la partie de cet organe qu'affecte la maladie. Plus un organe est complexe, plus il est difficile et plus il importe néanmoins de bien préciser le siége du mal.

Quoiqu'il en soit, la détermination du siége d'une maladie étant obtenue, il reste à savoir qu'elle est la nature de cette maladie, c'est-à-dire le mode de lésion subi par les organes, soit que cette lésion réside dans les parties solides, soit qu'elle réside dans les liquides dont ces organes sont composés, soit qu'elle affecte à la fois les uns et les autres. Il ne suffit pas de savoir en quoi les conditions *anatomiques* s'éloignent de l'état normal, il faut encore et surtout savoir à quelle *maladie* remontent les lésions dont il s'agit. C'est en cela que consiste la solution du problème du *diagnostic anatomique* et du *diagnostic médical*, pour me servir des expressions consacrées par quelques auteurs. Le diagnostic ne peut être purement *anatomique* que dans les cas où la cause productrice de la maladie est essentiellement mécanique ou physique, comme il arrive dans certaines solutions de contiguité ou de continuité. Mais lorsque les altérations anatomiques ou de texture proviennent d'une *cause vitale*, qu'elles dépendent d'une lésion des actions de la *chimie vivante*, telles que la nutrition, la sécrétion, etc., il est clair que la *spécification*, le diagnostic de cette lésion est du ressort de la physiologie médicale. Toutefois, on se tromperait grossièrement si l'on croyait que la considération des altérations anatomiques ne sert jamais à rien dans le cas dont il s'agit. Elle est tout aussi importante ici que dans le cas où

les altérations anatomiques sont pour ainsi dire primitives et constituent toute la maladie. Mais, dira-t-on, il est un genre de maladies vitales, dans lequel, comme vous en êtes convenu vous même, les conditions anatomiques n'éprouvent aucune lésion appréciable. A cela je réponds que c'est précisément parce qu'il existe un pareil genre de maladies, qu'il est si essentiel de ne pas négliger la considération des altérations anatomiques dans le genre précédent de maladies, puisque sans cette considération on le confondrait avec l'autre.

Les signes par lesquels se révèlent à nous ces altérations anatomiques, sont souvent les seuls ou du moins les principaux éléments du diagnostic de la maladie vitale qui les produit. En effet, lorsque les organes sont profondément situés, et qu'ils sont enflammés, par exemple, les symptômes *vitaux* et locaux de l'inflammation (chaleur, douleur) ne tombent pas sous nos sens. Mais sachant par l'ouverture des cadavres qui a été pratiquée dans les cas mortels, quelles sont les altérations qu'entraîne l'inflammation dans les conditions anatomiques des organes et quels sont les signes *physiques* de ces altérations, on remonte, par l'induction logique la plus légitime, de la connaissance combinée de ces signes physiques et des symptômes *réactionnels* à celle de l'inflammation.

Une circonstance qu'il ne faut pas ignorer, c'est qu'il arrive un moment où l'acte *vital anormal* sous l'influence duquel ont apparu certaines altérations anatomiques, se dissipe et s'éteint, sans que celles-ci disparaissent. De là, par exemple, ces nombreuses productions accidentelles que l'on rencontre à la suite des phlegmasies. Or, ces *effets* deviennent *causes* à leur tour, et de nombreux désordres fonctionnels tiennent uniquement à la présence de ces produits anormaux, qu'ils soient organisés ou non. Dans ce cas, les phénomènes réactionnels, et spécialement le

mouvement fébrile, n'existent plus. C'est grâce à cette circonstance surtout, qu'on peut distinguer le cas dont il s'agit de celui dans lequel les altérations anatomiques coexistent encore avec l'acte morbide qui leur a donné naissance.

Quant à la détermination précise de l'espèce de production accidentelle soit liquide, soit solide, qui s'est développée dans un organe intérieur à la suite d'une lésion vitale, telle qu'une inflammation, par exemple, elle n'est pas toujours possible dans l'état actuel de la science. L'extrême précision n'est pas heureusement ici d'une très grande importance pratique. En effet, qu'une production accidentelle développée dans l'estomac ou dans le cerveau, soit squirrheuse ou fibro-cartilagineuse, ou encéphaloïde; qu'une induration des valvules du cœur, soit simplement fibreuse ou bien cartilagineuse, calcaire, les lésions fonctionnelles restent à peu près essentiellement les mêmes. Toutefois, il ne faut rien négliger pour perfectionner ce point de diagnostic, et le temps, ce grand maître, pourra dissiper le reste d'obscurités dont il est encore environné.

C'est surtout ici qu'il faut faire entrer parmi les éléments du diagnostic toutes les données qu'une attentive exploration peut procurer. La considération de l'état général des sujets fournit en particulier de précieuses lumières. Ainsi, par exmple, un état cachectique spécial, la fièvre dite hectique acccompagnent à peu prés constamment les grandes dégénérescences tuberculeuses, encéphaloïdes, tandis que les productions fibreuses, fibro-cartilagineuses, osseuses même, ne nuisent le plus souvent que d'une manière *mécanique*. Les productions de cette dernière espèce, véritables organes nouveaux et parasites, sont même assez souvent complétement innocentes. Que d'adhérences celluleuses de la plèvre et du péricarde chez des individus qui jouissent d'une santé parfaite! Mais lors-

que les productions dont il s'agit sont situées de manière à comprimer certains organes importants, à rétrécir ou à oblitérer des canaux, à s'opposer au jeu de certaines parties mobiles, comme les valvules du cœur, par exemple, alors il peut en résulter des accidents plus ou moins graves selon l'importance des fonctions dont l'exercice se trouve gêné. Les productions de la première espèce, au contraire, ne jouent pas seulement le rôle de corps étrangers, mais elles peuvent être résorbées en quantité plus ou moins considérable, *infecter* la masse du sang de diverses manières, et c'est là sans contredit la cause principale de cette altération du teint, de cet amaigrissement qu'on observe chez les sujets qui en sont affectés. Cette résorption concourt, sans doute, aussi, à l'entretien du mouvement fébrile ou de la fièvre *lente*, *hectique* qui consume les malheureux individus atteints de tubercules, de cancers ramollis, etc. Mais la cause productrice *ordinaire* de ces dégénérescences, l'inflammation chronique, puisqu'il faut l'appeller par son nom, est un autre élément dont il importe de tenir compte quand il s'agit d'apprécier le mode de développement de cette fièvre. En supposant même, avec quelques-uns, que l'inflammation fut consécutive à la présence des produits accidentels qui nous occupent, elle n'en devrait pas moins être considérée comme un des foyers du mouvement fébrile. Au reste, il faut avoir observé avec bien peu d'attention les maladies tuberculeuses et cancéreuses, pour enseigner que l'inflammation n'a été pour rien dans leur apparition. Une fois développés sous l'influence d'un travail inflammatoire sourd, latent, les tubercules et les cancers peuvent, il est vrai, causer par leur présence un nouveau travail inflammatoire.

On a tant répété, dans ces derniers temps, que le diagnostic était la base de la médecine, que sans lui la pra-

tique était incertaine, vacillante et pour ainsi dire privée de sa boussole naturelle, qu'il serait superflu d'insister beaucoup sur cet objet. Je ne puis néanmoins m'empêcher de faire remarquer combien il est peu de médecins assez profondément exercés dans l'usage des méthodes exactes d'observation, pour pouvoir diagnostiquer, avec quelque assurance, les maladies les plus communes. J'en acquiers chaque jour davantage la triste conviction. Cette ignorance vraiment déplorable en matière de diagnostic est la source des plus graves erreurs thérapeutiques. L'un, flottant dans une incertitude invincible sur le siége positif et la nature de la maladie pour laquelle il sera appelé, ne sachant à quelle méthode curative recourir, se consumera en tâtonnements insignifiants, temporisera, laissera marcher la maladie ou bien sacrifiera tour à tour aux méthodes les plus opposées. Un autre diagnostiquera une maladie essentiellement différente de celle qui existe, et ce contre-sens diagnostique sera suivi d'un contre-sens thérapeutique. Je parlerai plus loin des fatales conséquences où conduisent les mauvais traitements, de quelque espèce qu'ils soient. Je n'avais pour le moment à signaler que la corrélation qui existe entre le diagnostic et la thérapeutique (1).

Il est doux d'espérer que, sous le point de vue du dia-

---

(1) Hippocrate a dit : *Qui ad cognoscendum sufficit medicus, ad sanandum etiam sufficit.* Baglivi a exprimé la même idée : *Qui benè judicat benè curat.* Sydenham est plus explicite encore, dans le passage que voici : *Non minus certò etiam a minutissimis morbi circumstantiis indicationes curativas possit medicus desumere, quam ab iisdem sumpsit diagnostica. Atque adeò non semel mihi in mentem subiit, quod si morbi cujuslibet historiam diligenter perspectam haberem, par malo remedium nunquam non scirem adferre, variis ejusdem phœnomenis viam, quâ mihi incedendum foret haud dubiam permonstrantibus. Quæ quidem phœnomena, si inter se sedulo conferantur, manu quasi ducerent ad indicationes illas maximè obvias, quæ ex intimo naturæ sensu, non verò phantasiæ erroribus depromuntur.*

gnostic, la génération médicale qui s'élève sera infiniment supérieure à celle qui l'a précédée. C'est avec une bien vive satisfaction que je vois les élèves laborieux qui assistent à ma clinique, reconnaître, après une année d'étude, des maladies journellement méconnues par des praticiens qui jouissent, d'ailleurs, d'une réputation méritée. Je suis bien loin de parler ainsi pour attaquer le savoir de confrères que j'estime et que j'honore : mon unique intention est de faire ressortir les avantages de l'éducation médicale actuelle sur celle de l'époque dont nous sortons.

CHAPITRE IV.

GÉNÉRALITÉS SUR LA MARCHE, LE COURS, LA DURÉE, LA TERMINAISON, LE TYPE DES MALADIES.

§ Ier. *Marche ou Cours des maladies.*

On donne aux maladies le nom d'*aiguës* ou de *chroniques*, selon que leur marche est rapide ou lente, suivant qu'elles parcourent à pas précipités les diverses phases de leur complète évolution, ou qu'elles décrivent, au contraire, lentement le cercle de leur entier développement; et comme la même maladie peut, pendant la durée entière de son évolution, affecter successivement la marche *aiguë* et *chronique*, cette distinction ne porte pas sur le fond même ou l'essence des maladies, mais bien sur leur forme. Cette remarque pourra paraître oiseuse, je le sais; elle m'a cependant paru indispensable, à une époque où quelques médecins s'imaginent avoir prouvé suffisamment que deux maladies diffèrent de nature, par cela seul que l'une appartient aux *maladies aiguës*, et l'autre aux *maladies chroniques*.

Quoi qu'il en soit, les considérations que l'on présente

ordinairement sur la marche aiguë ou chronique des maladies, ne s'appliquent guère qu'à la classe désignée sous les noms de *fièvres continues et de phlegmasies*, maladies dont l'identité est aujourd'hui clairement démontrée. Cependant il est d'autres maladies auxquelles cette distinction peut s'appliquer : ainsi, par exemple, il est, à un degré au-dessous de l'inflammation, des *excitations fluxionnaires*, des *irritations nutritives ou hypertrophiques*, des *excitations nerveuses*, dont la marche est tantôt lente, et tantôt rapide. On est obligé de convenir, il est vrai, que ces états morbides représentent des nuances ou des *dégradations* de celui qui constitue essentiellement l'inflammation. C'est ainsi du moins que les Hunter, les Dupuytren et M. Broussais ont conçu l'objet qui nous occupe (1).

Il est une foule de circonstances qui influent sur la marche des maladies : telles sont, entre autres, la violence plus ou moins grande de la cause, la constitution générale, la sensibilité ou l'irritabilité variable des sujets, le siége de la maladie dans tel ou tel organe, dans tel ou tel tissu, les moyens thérapeutiques, etc., etc.

L'influence combinée de certaines constitutions et de certaines causes sur la marche des maladies, mérite une

(1) L'hypertrophie qui, selon quelques auteurs, survient d'une manière aiguë, ne paraît guère différer de la turgescence qui accompagne cet état morbide, si variable en intensité, qu'on est jusqu'ici convenu d'appeler inflammation. Quant à l'hypertrophie proprement dite, celle qui ne provient pas d'une sorte de turgescence inflammatoire, je ne sache pas qu'elle se soit jamais développée d'une manière vraiment aiguë. On peut appliquer, en effet, à la simple augmentation ou diminution de nutrition des organes en général, ce que j'ai dit ailleurs de cette double lésion étudiée dans le cœur : « l'hypertrophie et l'atrophie du cœur, en prenant ces dénominations dans « leur rigoureuse acception, ne se développent jamais d'une manière aiguë, « et restent ainsi fidèles à cette marche mesurée, à ce mouvement lent et « en quelque sorte *chronique*, qui constitue l'allure de l'acte nutritif à « l'état normal. »

étude sérieuse. Qu'un sujet fort et sanguin s'expose brusquement, son corps étant en sueur, à l'impression et à la respiration d'un air froid, et il pourra contracter une péripneumonie ou une simple bronchite aiguë. Au contraire, qu'un sujet pâle, lymphatique, à peau fine, disposée à la transpiration, soit soumis à de légères transitions de chaud et de froid, et il pourra essuyer une bronchite ou une péripneumonie lente, sourde, chronique, facile à se terminer par un travail tuberculisateur.

§ II. *Terminaison, périodes, durée des maladies.*

I. Les maladies ne sont, à la rigueur, susceptibles que de deux modes de terminaison, savoir, la guérison ou la mort. Le passage d'une maladie aiguë à l'état chronique ne mérite pas, en effet, d'être désigné sous le nom de terminaison; car une maladie n'est pas terminée, parce qu'elle est devenue chronique. Si donc on se sert de ce mot pour exprimer la métamorphose dont il s'agit, c'est que, en médecine, comme dans tant d'autres sciences, le mot propre n'est pas toujours celui dont on fait choix.

II. La durée des maladies présente les plus grandes différences, selon une foule de circonstances. De toutes ces circonstances, celle qui influe le plus puissamment sur la durée des maladies, est, sans contredit, le traitement. Pour ne parler ici que des phlegmasies aiguës ordinaires, telles que la pneumonie, la pleurésie, l'angine, le rhumatisme, la péricardite, l'érysipèle, etc., il est certain que leur durée est tellement subordonnée au traitement, qu'elle peut être diminuée de moitié et même plus, si on les attaque par la formule des saignées coup sur coup, dont je parlerai plus loin, au lieu de les combattre par les formules généralement usitées. Depuis quatre ans, plusieurs centaines de faits, recueillis avec le plus grand soin, ont prouvé jusqu'à l'évidence, cette importante vérité à tous

ceux qui ont suivi, avec quelque assiduité, la clinique dont je suis chargé.

Ces faits ont surabondamment démontré que les maladies ne parcourent pas nécessairement, et comme *fatalement*, les périodes diverses en lesquelles leur cours entier a été divisé, et qu'on peut, en un mot, les *juguler* (1).

Parmi les maladies dont le cours et les périodes sont le mieux réglés, les maladies appelées fièvres éruptives, par exemple, il en est, telles que la rougeole et la scarlatine, entre autres, qui, sous l'influence du traitement que nous leur avons opposé, ont été guéries avec une rapidité qui ne leur a pas permis de se conformer exactement aux lois d'évolution que les auteurs leur ont assignées (2). La variole est la seule maladie de ce genre, qui, jusqu'ici du moins, soit malheureusement restée fidèle aux périodes que tous les observateurs lui ont reconnues. Je ne sais trop s'il en sera toujours ainsi : les essais que j'ai faits

(1) J'entends ici par cette expression métaphorique, appliquée, par exemple, à la pneumonie, qu'on peut, par un traitement bien dirigé, empêcher qu'elle ne passe du premier au second degré, quand on est appelé à la traiter dès son début, et du second au troisième degré, quand déjà elle était parvenue au second degré, au moment où les moyens curatifs ont été mis en usage.

Quelques auteurs ont admis trois périodes dans les maladies, savoir : l'*accroissement*, l'*état* et le *déclin*. Nous ne ferons que rappeler cette division, qui ne s'applique qu'à un certain nombre de maladies et non à toutes.

(2) Quand je parle ainsi, je ne prétends pas avoir *jugulé* franchement les maladies dont il s'agit, comme j'affirme l'avoir fait pour la pneumonie, le rhumatisme, l'érysipèle, etc. La rougeole et la scarlatine, quelle que soit la rapidité avec laquelle nous en ayons obtenu la guérison, ont eu une période d'incubation, d'éruption et de *dessiccation* ou de desquammation. Mais ces périodes n'ont pas eu la durée qu'on leur assigne, et celle de desquammation, par exemple, a souvent été très peu marquée ou presque nulle. Les accompagnements de ces maladies, tels que l'angine, la bronchite, le coryza, le larmoiement ont cédé avec une admirable facilité.

pour abréger le cours de cette maladie, si formidable sous la forme confluente, ne m'autorisent pas encore à me prononcer définitivement à cet égard. Toutefois, ils ont eu des résultats assez avantageux, pour que nous soyons du moins fondé à les répéter, en nous conformant à ces règles de prudence, dont, quoiqu'en puissent dire quelques charitables confrères, nous ne nous sommes jamais écarté. Ce n'est pas, d'ailleurs, par de vains mots, mais bien par les faits les plus nombreux et les plus éclatants que nous répondons aux insinuations de quelques ennemis du progrès.

La méthode par laquelle je combats les maladies appelées autrefois *fièvres essentielles*, et spécialement celle qui porte le nom de *fièvre typhoïde, entéro-mésentérique,* etc., et que je désigne ordinairement sous le nom d'*entéro-mésentérite* ou d'*entérite typhoïde*, cette méthode, dis-je, a, de la manière la plus évidente, abrégé aussi de moitié au moins la durée du mal, et l'a souvent *jugulé.*

Le traitement n'exerce pas sur la durée des maladies chroniques une influence aussi puissante que sur celle des maladies aiguës, bien que cependant cette influence soit encore des plus positives.

On voit assez, par ce qui précède, qu'il est actuellement impossible d'exprimer en chiffres précis la durée moyenne et les durées extrêmes des maladies. Les unes peuvent se terminer par la mort d'une manière subite : telles sont les ruptures du cœur et des gros vaisseaux, les *apoplexies cérébrales*, et de là, le nom de *foudroyantes* qu'elles ont reçu. D'autres, de simples congestions, par exemple, se terminent par la guérison dans l'espace d'un jour (maladies *éphémères*) ou même de quelques heures. La peste, le choléra-morbus peuvent entraîner la mort avec une rapidité presque égale à celle de certaines apoplexies foudroyantes. Une double pneumonie, une endocardite sur-

aiguë, simple ou compliquée de péricardite, de pleurésie, peuvent se terminer d'une manière funeste, dans l'espace de deux, trois ou quatre jours. C'est ainsi que succomba le Démosthènes français, Mirabeau.

Les phlegmasies aiguës ordinaires, d'une moyenne intensité, traitées à leur début, ou à une époque voisine de leur début, par la méthode que j'exposerai plus loin, se terminent par la guérison pour la plupart, dans l'espace du premier au second septenaire. Traitées avec mollesse, elles durent vingt, trente, quarante jours et même plus.

La durée des maladies chroniques est vraiment illimitée ou indéfinie. Il n'est pas besoin de dire que, toutes choses égales d'ailleurs, cette durée, dans les cas où la terminaison doit être funeste, est d'autant moins prolongée que les organes où réside le mal sont plus nécessaires à la vie. Ainsi, telle masse tuberculeuse qui, développée dans le voisinage de la moelle allongée, donnera lieu à la mort dans l'espace de quelques mois, aurait siégé impunément pendant de longues années dans les ganglions lymphatiques extérieurs, et même dans plusieurs organes intérieurs, etc. Ce que nous disons ici de l'influence du *siége* sur la durée des maladies *chroniques*, est évidemment applicable aux maladies *aiguës*.

Je m'arrête, non que le sujet soit épuisé, mais parce que, pour le traiter dans tous ses détails, il me faudrait franchir les limites que je me suis imposées dans cet *Essai*. Je ne terminerai pas toutefois sans rappeler que pour traiter convenablement les diverses questions qui se rattachent à ce sujet, il est évidemment indispensable de faire usage de cette *méthode arithmétique*, dont nous avons déjà tant de fois signalé l'utilité.

§ III. *Du type des maladies.*

Trois types fondamentaux sont admis en pathologie, savoir, le type *continu*, le type *intermittent* ou *périodique*,

et le type *rémittent*, expressions qui, emportant avec elles leur signification, n'ont pas besoin d'une définition en forme.

Toutes les maladies ne sont pas également susceptibles du triple type ci-dessus indiqué. La classe des lésions purement mécaniques ou anatomiques, par exemple, se refuse à ce genre de distinction.

Les types *continu* et *rémittent* sont pour ainsi dire réduits à une seule forme, qui ne comporte que de très légères variétés, mais il n'en est pas ainsi du type *intermittent* ou *périodique*. En effet, celui-ci présente les formes les plus variées, sous le point de vue de l'intervalle qui peut exister entre les divers *accès* ou *attaques* dont se composent les maladies *intermittentes*. Tantôt ces intervalles sont égaux, tantôt ils sont inégaux. Comme nous ne traitons ici que des plus hautes généralités des maladies, et non des sous-généralités applicables à telle ou telle classe de maladies, nous ne développerons pas toutes les modifications du type intermittent, lesquelles sont subordonnées, en effet, à l'espèce des maladies. Sous ce rapport, les nosologistes les plus célèbres, et Pinel en particulier, ont commis une grave erreur, en admettant que les types continu et intermittent pouvaient se manifester indifféremment dans certaines classes de maladies, celle des *fièvres essentielles* de cet illustre auteur, par exemple. En effet, les seules maladies qui, selon moi, soient réellement susceptibles du type intermittent proprement dit, appartiennent toutes ou presque toutes à la catégorie des *névroses*. Les fièvres *continues* et les fièvres *intermittentes* ne sont donc pas, à mon avis, une seule et même maladie. Les premières, ainsi que nous le savons, rentrent dans la classe des phlegmasies. Or, une véritable phlegmasie, telle qu'une pneumonie, une pleurésie, une *entérite*, aiguës ou chroniques, ne sont, à rigoureusement parler, jamais intermittentes. Admettre avec Pinel, par

exemple, qu'une véritable fièvre adynamique (fièvre entéro-mésentérique, typhoïde, etc.), peut offrir le type intermittent, est une erreur si grande, qu'on a peine à concevoir qu'elle ait échappé à un esprit aussi supérieur. Au reste, il en est ainsi, je le répète à dessein, de toutes les autres maladies décrites dans la classe des *fièvres essentielles.*

Partant de cette idée que les phlegmasies intenses bien conditionnées, celles qui, non arrêtées, tendent à se terminer par la suppuration et l'ulcération, ne sauraient jamais offrir le type périodique ou intermittent, il y a déjà plusieurs années, que j'ai considéré les maladies dites fièvres intermittentes comme essentiellement différentes des phlegmasies dont il s'agit. Réfléchissant d'un autre côté, que les maladies périodiques, autres que les fièvres intermittentes, se rangent dans la classe des névroses (hystérie, épilepsie, certaines névralgies, etc.), j'ai été conduit à penser, à *supposer*, si l'on veut, que les maladies dites fièvres intermittentes constituaient aussi de véritables *névroses;* et comme, suivant moi, la fièvre, étudiée d'une manière abstraite, c'est-à-dire indépendamment des phlegmasies locales qui peuvent lui donner naissance, réside dans le système sanguin, et que ce système paraît être animé par le grand sympathique, j'ai en quelque sorte été forcé d'admettre que les fièvres intermittentes étaient probablement une *névrose* de ce dernier nerf; et comme aussi les phénomènes d'un accès de fièvre intermittente sont l'expression d'un excès d'activité du système organique qui en est le siége, j'ai rangé cette névrose au rang des névroses *actives* (1). D'où

(1) Je n'ignore pas que d'autres auteurs ont également placé, avant moi, le siége des fièvres intermittentes dans l'appareil nerveux. J'expose donc ici mes propres idées, sans vouloir enlever à qui de droit l'honneur d'avoir localisé comme il convient les maladies qui nous occupent.

il suit, en dernière analyse, que pour moi les fièvres intermittentes sont aux phlegmasies proprement dites du système sanguin, ce que sont les névralgies pures et simples aux névrites, l'épilepsie et la manie également pures et simples aux inflammations véritables du cerveau, etc., etc. Je n'insisterai pas plus longtemps sur ce sujet, d'ailleurs assez conjectural, pour ne pas sortir du cercle des généralités dans lequel me renferme la nature de cet *Essai.*

Malgré les travaux de plusieurs excellents auteurs, il reste tant d'obscurités sur la *cause* première de l'intermittence en général et de chacun des modes divers dont elle est susceptible, que je n'en traiterai point ici. Je renvoie aux recherches de MM. Roche, Mongellaz et autres, qui ont étudié particulièrement ce sujet, et dont les explications ne satisfont point, je dois l'avouer, à toutes les conditions du problème. Il en est ainsi de la théorie de M. Bailly (de Blois), la plus malheureuse et surtout la plus bizarre de toutes les hypothèses qui aient été proposées sur l'intermittence des fièvres.

CHAPITRE V.

GÉNÉRALITÉS SUR LE PRONOSTIC ET LA MORTALITÉ DANS LES MALADIES.

S'il est une partie de la clinique médicale dans laquelle on ne puisse exceller sans posséder une expérience aussi vaste que *précise,* réunie aux plus hautes qualités de l'intelligence, c'est assurément la science du pronostic, c'est-à-dire, la connaissance exacte ou du moins approximative de ce qui peut, de ce qui doit arriver dans un cas donné de maladie. La première, l'indispensable condition de tout pronostic, c'est la connaissance exacte de la maladie. Le diagnostic est, en effet, la base du pronostic comme celle de la thérapeutique? Le pronostic n'est lui-même, au

fond, qu'un genre de diagnostic: il a pour but, en effet, de diagnostiquer l'*avenir* d'après l'état présent et passé d'une maladie qu'on a sous les yeux.

Le pronostic, cette sorte d'art de *prophétisation*, ou de *divination médicale*, ne repose encore aujourd'hui que sur des bases en général bien incertaines. Les aphorismes d'Hippocrate sur ce sujet font, sans doute, le plus grand honneur au génie du divin vieillard. Mais ils ne sont réellement dignes de toute notre admiration qu'en nous reportant au temps où ils furent composés, c'est-à-dire à l'âge d'enfance de la médecine. Le pronostic, à notre époque, doit reposer sur des données plus positives, et c'est un des sujets les plus importants à la fois et les plus difficiles auxquels on puisse appliquer ce calcul des probabilités dont nous avons parlé avec quelques détails, dans un autre endroit de cet *Essai*.

Jusqu'ici nous manquons encore des vrais éléments d'un pronostic tel que le réclame l'état actuel de la médecine. J'ai vainement cherché dans les auteurs des notions exactes et positives sur cette matière. On n'y trouve rien autre chose que des assertions vagues, que des à peu près insignifiants: point de rapports numériques, point de formules, point de lois, point de véritable science, par conséquent. La plupart des assertions générales ne s'appliquent réellement qu'à un petit nombre de maladies, et encore ne s'y appliquent-elles souvent qu'à certaines conditions, dont les auteurs n'ont pas parlé, ou dont ils n'ont pas bien calculé la valeur et la portée.

Les objets sur lesquels doit rouler le pronostic sont fort divers. Il ne consiste pas seulement, en effet, à déclarer si une maladie donnée se terminera par la guérison ou par la mort. Il consiste aussi à calculer, d'une manière positive ou aussi approximative que possible, quelle sera la durée de la maladie, quelles sont, dans certains cas

douteux, les chances probables de mortalité et de guérison, si variables suivant une foule de circonstances, quelles seront les conséquences prochaines ou éloignées de tel ou tel phénomène, de tel ou tel accident survenu dans le cours d'une maladie, etc., etc. Que de faits bien observés, bien résumés, bien pesés et bien comptés, quelle justesse d'esprit ne faut-il pas pour résoudre un pareil problème! aussi que de faux prophètes en médecine! que de prévisions déçues! que de pronostics qui ne se sont pas accomplis! C'est en se livrant à un travail aussi fatiguant que nous sommes parvenu à poser quelques faibles bases du calcul des probabilités appliqué aux évènements, aux faits éventuels sur lesquels roule le pronostic médical, et spécialement aux chances de mortalité dans diverses maladies aiguës, suivant les divers modes de traitement, le degré, la durée et l'étendue de la maladie, l'âge, la constitution des malades, etc., etc. (1). On trouvera dans la quatrième partie de cet *Essai* quelques-uns des résultats que nous signalons, et quant à présent, nous nous bornerons à l'exposition des généralités suivantes.

Le pronostic suppose que les phénomènes morbides sont soumis à des lois *constantes*, à l'instar des autres phénomènes de la nature. S'il en était autrement, comment pourrait-on appliquer aux maladies futures les conclusions tirées des maladies passées? Il est vrai que nous ne connaissons pas toutes les lois des faits pathologiques, que les conclusions tirées des faits passés ne sont applicables aux

(1) « La probabilité d'un événement quelconque consiste, comme l'a dit « Laplace, dans le rapport du nombre des cas favorables à celui de tous « les cas possibles. C'est une fraction dont le numérateur est le nombre « des cas favorables, et dont le dénominateur est le nombre de tous les cas « possibles : quand tous les cas sont favorables à un événement, sa pro« babilité se change en certitude, et son expression devient égale à l'u« nité. »

faits futurs qu'avec les restrictions qu'exigent les différences qui existent toujours entre deux séries de faits médicaux appartenant d'ailleurs à une seule et même catégorie. En disant, en effet, que les phénomènes pathologiques sont soumis à des lois constantes, nous supposons que toutes les conditions accessoires au milieu desquels ils se développent restent les mêmes. Or, comme ces conditions sont infiniment variables, l'*inconstance* tant proclamée des lois dont il s'agit est, au fond, plus apparente que réelle; et c'est ici le cas de dire, avec l'auteur de l'*Esprit des Lois :* CHAQUE DIVERSITÉ EST UNIFORMITÉ, CHAQUE CHANGEMENT EST CONSTANCE.

Quelle que soit la maladie à laquelle on ait affaire, le pronostic qu'on en portera, devra, pour être juste, reposer, ainsi que nous l'avons dit plus haut, sur une saine appréciation de la nature, du siége, de l'intensité, de l'étendue de la maladie, et sur la connaissance des modifications qu'entraînent dans la durée et la mortalité de cette maladie les circonstances de l'âge, du sexe, de la constitution, de la saison, du climat, etc. Comme on peut facilement se tromper dans cette appréciation, Hippocrate dirait encore aujourd'hui avec raison: *In acutis morbis non omnino tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis.*

Le pronostic est surbordonné à l'état où se trouve la thérapeutique au moment où il est porté : prenons un exemple. D'après la méthode généralement suivie jusqu'ici par la plupart des meilleurs praticiens, on doit pronostiquer qu'il succombera un tiers environ des individus atteints de péripneumonie et de fièvre typhoïde (entérite typhoïde, entéro-mésentérite aiguë). Hé bien ! en adoptant la méthode qui nous est propre et telle que nous l'avons appliquée depuis quatre ans, on peut pronostiquer que la mortalité dans les cas ci-dessus ne sera que d'un sixième à un huitième, c'est-à-dire qu'elle sera moindre de plus de moitié.

En présence de tant de difficultés, le médecin le plus éclairé, qui possède au plus haut degré le *tact médical*, ne doit se prononcer lui-même qu'avec une grande circonspection sur la plupart des questions de pronostic (1). Au reste, plus on se familiarisera avec l'art d'observer *exactement* les faits sous tous les points de vue, plus on s'habituera désormais à l'application de la méthode numérique aux événements qui sont du ressort du pronostic, plus aussi cette partie de la médecine se rapprochera de ce degré de certitude et de précision dont aucune *véritable science* ne saurait se passer.

CHAPITRE VI.

GÉNÉRALITÉS SUR LA THÉRAPEUTIQUE OU LE TRAITEMENT DES MALADIES.

ARTICLE PREMIER.

Idée générale de la thérapeutique; des bases réelles de cette partie de la Médecine.

Dans les précédents chapitres, nous avons vu comment l'esprit humain procédait à l'étude des causes, de la na-

---

(1) On n'a pas besoin, au reste, de recommander cette circonspection à la grande majorité des praticiens. Ils poussent, au contraire, la réserve en pareille matière jusqu'à ses dernières limites. Cette extrême réserve dispense, il est vrai, d'études infiniment pénibles. D'ailleurs, auprès de bien des gens, celui-là est le vrai *savant* qui ne *prédit* rien, et celui-là est un *présomptueux*, qui annonce comme certain ou du moins très probable qu'il surviendra tel ou tel changement, tel ou tel événement. D'un autre côté, comme l'a dit M. Chomel, *rien n'est plus propre à concilier au médecin la confiance du malade et des personnes qui l'entourent, que la confirmation du pronostic par les événements, et rien n'est plus nuisible pour lui que les erreurs du même genre*. Puisqu'il en est ainsi, c'est souvent, j'en conviens, un calcul très sage que de ne pas se mêler de pronostic et d'attendre les événements au lieu de les prévoir.

ture, des caractères anatomiques et physiologiques des maladies. Il s'agit maintenant d'examiner comment il en découvre le traitement. La thérapeutique ou l'*art* de traiter les maladies, est pour ainsi dire la partie *active* de la médecine: de simple spectateur, le médecin devient acteur (1). Or, la thérapeutique suppose une faculté spéciale, une sorte de sens intellectuel, que je désignerai sous le nom d'esprit ou de génie thérapeutique, lequel n'est qu'une dépendance de ce *génie inventif et philosophique* dont nous avons parlé dans la seconde partie de cet *Essai.*

Nous avons démontré précédemment que le diagnostic était le fondement essentiel de la thérapeutique, ou plutôt, nous avons admis, avec tous les médecins, que c'était là un axiôme qui n'avait pas besoin de démonstration. Comment en effet, traiter une maladie qu'on ne connaît pas? La thérapeutique n'est réellement qu'une *déduction*, qu'un *corollaire* des idées ou des doctrines que l'on s'est faites sur la *nature* des maladies (2). C'est pourquoi il est si important de ne pas se tromper en matière de *diagnostic.* Ainsi que nous l'avons vu, dans la première partie de cet *Essai*, Bichat a très bien établi que tous les systèmes de pathologie avaient reflué sur la thérapeutique, et comme ces systèmes étaient souvent entachés de fausseté, la thérapeutique, qui n'en était que la conséquence, et pour ainsi dire la conclusion, a dû être et a été égale-

---

(1) Aussi est-ce du nom de cette partie de la science, *mederi,* que vient le nom de médecin ou de *medicus.*

(2) M. Louis, je le sais, ne veut pas que l'on regarde la thérapeutique comme un *corollaire de la pathologie.* (Voyez *Recherches sur les effets de la saignée*, page 82 et ailleurs.) Comme lui assurément, nous en appelons à l'expérience, éclairée par la méthode numérique, en matière de thérapeutique; mais que M. Louis nous dise donc sur quelle base repose l'expérience thérapeutique; car enfin, avant d'expérimenter, et de compter les expériences thérapeutiques, il faut avoir trouvé une méthode de traitement.

ment fausse, c'est-à-dire mauvaise, nuisible. C'est un grand malheur, sans doute, mais il était inévitable, et il se représentera sans cesse jusqu'au moment où nous n'aurons que des idées parfaitement justes sur la nature des maladies, à moins toutefois de ne traiter les maladies sans avoir égard à leur nature, ce qui est aussi absurde qu'impossible.

En effet, s'il était possible de traiter ainsi, à quoi servirait le diagnostic, c'est-à-dire la connaissance de la nature des maladies, dans les limites que nous avons précédemment posées? Mais dans beaucoup de cas, dira-t-on, on ne connaît pas la nature des maladies; comment alors appliquer le principe ci-dessus énoncé? Il est certain qu'on ne peut pas l'appliquer alors; aussi le hasard seul fait découvrir le traitement des cas dont il s'agit, et Dieu sait si le hasard est une méthode thérapeutique.

On a désigné particulièrement sous le nom d'*expérience* la méthode au moyen de laquelle nous étudions les faits de la thérapeutique. C'est que, en effet, ce genre d'observation consiste à étudier les résultats produits sur un individu malade par une médication quelconque, et que toute médication est un *essai*, une *épreuve*, un *expériment*.

Le mot d'expérience, qui vient d'*experiri*, essayer, suppose donc un élément, une condition qui manque dans l'observation pure et simple des phénomènes. Suivant Zimmermann, il y a la même différence entre *observer* et *expérimenter* qu'entre écouter et interroger. « *Le médecin observateur,* dit-il, *écoute la nature, celui qui expérimente l'interroge.* » En un mot, dans l'expérience thérapeutique, il y a observation de faits provoqués par le médecin, tandis que dans l'observation proprement dite, le médecin est pour ainsi dire simple spectateur de phénomènes, dans le développement des-

quels il n'a pris aucune part. Il est vrai que ces phénomènes eux-mêmes ont été provoqués par un agent quelconque, et sous ce point de vue les maladies sont de véritables expériences. Mais encore une fois, en thérapeutique, le médecin est en quelque sorte l'agent provocateur et le ministre responsable des expériences dont il s'agit de constater les résultats.

L'expérience sur l'homme n'est pas la seule source des lumières thérapeutiques en général. On peut tirer un grand profit de l'expérience sur les animaux, en appliquant ses résultats à l'homme, avec toutes les précautions, ou si l'on veut, avec toutes les *restrictions* convenables.

L'observation et la juste appréciation des faits de la thérapeutique réclament l'usage le plus attentif de ces facultés et de ces méthodes dont nous avons présenté l'analyse dans la seconde partie de cet *Essai*.

Dans l'état actuel de la thérapeutique, la méthode numérique en particulier ne saurait être trop employée, en se conformant aux règles que nous avons posées précédemment. En effet, comme dans un bon nombre de maladies, les médecins ne sont d'accord ni sur la nature de ces maladies, ni sur la valeur des moyens qui leur sont opposés, ni sur le véritable mécanisme de ces moyens, la comparaison du nombre des individus morts et guéris par l'emploi de chaque méthode rivale, est alors un document de la plus haute importance. Avant de porter un jugement définitif sur la supériorité de telle ou telle méthode, de telle ou telle formule thérapeutique, on aura grand soin de répéter et de multiplier les expériences comparatives. En procédant ainsi par la *voie des grands nombres* dans l'appréciation de la valeur absolue ou relative des méthodes thérapeutiques, on est sûr d'éviter les graves erreurs. Quiconque suivra cette

marche, pour peu qu'il soit doué d'un esprit juste et dégagé de préventions, ne tardera pas à savoir à quoi s'en tenir sur la valeur d'un traitement donné. Dans tous les temps, je le sais, on a jugé les méthodes thérapeutiques par leurs œuvres, et chaque praticien apportait à l'appui de la sienne le grand nombre de ses guérisons. Mais on ne comptait alors que d'une manière vague, et par de simples *à peu près*. Or, la véritable et bonne méthode du calcul ne consiste pas à dire, j'ai guéri *beaucoup de malades*, j'en ai *guéri plus que tel ou tel de mes confrères*, mais bien à exposer le chiffre précis du nombre des morts et des guéris, sous l'influence d'un certain traitement, dans des conditions déterminées aussi rigoureusement que possible, et à comparer ce chiffre avec celui fourni par un nombre égal de malades, traités par une autre méthode, et placés dans des conditions semblables (1) à celles où se trouvaient les précédents.

En considérant tous les genres de difficultés dont la science de la thérapeutique est hérissée, on ne s'étonnera point de l'état précaire où elle est restée jusqu'ici. Dans la première partie de cet ouvrage, nous avons vu comment cette science a été traitée par les Pinel et les Bichat. Suivant le premier, elle réclame impérieusement une réforme radicale. Suivant le second, *la pratique de la médecine est rebutante, et elle n'est pas, sous certains rapports, celle d'un homme raisonnable, quand on en puise les principes dans la plupart de nos matières médicales*. D'autres ont dit qu'il fallait *nettoyer cet étable d'Augias*. Tout récemment, M. Louis a dit expressément

(1) La similitude n'est, dit-on, jamais parfaite. J'en conviens; mais telle qu'on peut l'obtenir, elle suffit pour la solution du problème qui nous occupe. Notre opinion est, à cet égard, conforme à celle de M. Louis.

que la *thérapeutique était dans l'enfance*. Considérées d'une manière générale et absolue, ces sentences sont, peut-être, trop sévères : en effet, il est un certain nombre de maladies dont la thérapeutique a déjà, depuis longtemps, acquis un haut degré de certitude et de précision. Mais il est très vrai que les reproches indiqués s'appliquent, dans toute leur sévérité, à plusieurs points de la thérapeutique. Le seul moyen de faire cesser ce déplorable état de choses, et de tarir la source de ces tristes lamentations, c'est de procéder dans l'étude de la thérapeutique, en se conformant aux principes généraux que nous avons exposés dans la seconde partie de cet *Essai*, et que nous venons de rappeler ici en peu de mots.

Grâce à cette philosophie, on ne tardera pas à prendre une idée plus favorable de la thérapeutique, et nous ne rencontrerons plus, il faut l'espérer, une foule de gens du monde, et même quelques confrères, qui nous demandent tout bas à l'oreille, et de bonne foi, si nous *croyons à la thérapeutique*. Selon eux, la médecine devrait être, jusqu'à un certain point, assimilée à la science de ces augures qui ne pouvaient se regarder sans rire. Certes, il y a de quoi s'affliger pour le vrai médecin, en entendant parler ainsi aujourd'hui de la médecine. Qu'on s'étonne après cela, si l'*homœopathie*, qui ne vaut pas assurément beaucoup plus que la science des augures, exploite largement l'ignorante crédulité du vulgaire !

Tâchons de former une nouvelle génération médicale, capable de faire une justice définitive de ces croyances absurdes, qui ne rappellent que trop les temps où l'on consultait les devins et les sorciers. Nous réussirons dans ce projet, si l'éducation médicale est désormais dirigée dans cette voie d'exactitude et de précision que nous avons essayé de lui tracer ici. Alors, la thérapeutique

sera une collection de faits bien observés, et constituera par conséquent une véritable science. Je conviens que cette thérapeutique là est un peu moins à la portée de tout le monde que celle des homœopathes et des magnétiseurs. Elle suppose, en effet, une connaissance exacte des maladies, la chose dont les homœopathes s'occupent le moins. Du moment où l'on se fera une juste idée de ce que c'est qu'une maladie, l'homœopathie et toutes les pratiques du même genre auront vécu. Mais, objecte-t-on, il faut bien s'en rapporter à l'expérience, en matière de thérapeutique. Assurément, et c'est précisément pour cela qu'il ne faut pas croire aux homœopathes; car il n'est aucun d'eux qui ait jamais consulté la saine expérience. S'il était vrai que l'expérience eût paru favorable à leurs pratiques, c'est bien de cette expérience qu'il faudrait dire, avec Hippocrate, *experientia fallax*. Mais en voilà trop sur une digression qui nous est échappée comme malgré nous (1).

---

(1) Depuis que cet article est écrit, j'ai lu, dans l'excellente dissertation de M. le professeur Forget pour le concours à la chaire de clinique de la Faculté de Strasbourg, des réflexions tout-à-fait en harmonie avec les principes que nous avons exposés ici et dans plusieurs endroits de cet *Essai*. Voici les réflexions dont il s'agit :

« Au lieu de ces faits pesés et comptés qu'on exige de nos jours, que « trouvons-nous dans les fastes de l'art? de vains échos, l'autorité parlant « au nom de l'autorité; par-ci par-là quelques vagues énoncés de succès « obtenus, sans appréciation des circonstances, sans le contrôle des re- « vers inhérents à la pratique la plus heureuse; et pour qu'on ne nous ac- « cuse pas d'exagération laissons parler l'histoire.

« Que n'a-t-on pas dit des succès de Laënnec dans le traitement des « pneumonies par l'émétique à haute dose? Eh bien! il n'y a pas six mois « qu'un relevé scrupuleux des cahiers de visite de Laënnec, au temps où « il employait l'émétique à haute dose comme méthode générale, a dé- « montré que Laënnec perdait un pneumonique sur trois *. C'est que, pour

* J'ai publié ce relevé, qui m'a été fourni par M. Lecouteuls, aide de Clinique, dans mon article *Pneumonie du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*: on le trouvera aussi dans la quatrième partie de cet Essai, et l'on verra que la mortalité a été de deux sur cinq, c'est-à-dire de plus du tiers.

ARTICLE II.

De la thérapeutique empirique et de la thérapeutique rationnelle.

La thérapeutique purement empirique est celle qui repose uniquement sur la connaissance brute de la vertu curative de tel ou tel moyen, dont on ignore complétement le mécanisme (1). On désigne, au contraire, sous le nom de thérapeutique rationnelle, celle qui est fondée

---

« Laënnec comme pour tant d'autres, deux succès effaçaient un revers ;
« tant l'homme le plus probe peut s'abuser à son insu lorsqu'il caresse une
« idée favorite.

« . . . . Le temps est venu de faire justice des médicaments à réputation usurpée, et d'appuyer la renommée des remèdes réellement efficaces sur des bases plus solides ; telle est la haute mission de la clinique, qui, par cette simple épuration réaliserait le plus précieux des progrès *.

« . . . . La statistique raisonnée est le seul critérium des progrès réels, quelles que soient d'ailleurs les chances de déception qu'elle comporte : c'est à l'artiste qu'il appartient de corriger les défauts des instruments dont il est obligé de se servir **.

(1) On prend ici le mot empirisme en bonne part. Ce n'est pas ainsi que l'a défini Zimmermann. Selon lui, « un *empirique* en médecine est un « homme qui sans songer même aux opérations de la nature, aux signes, « aux causes des maladies, aux indications, aux méthodes, et surtout aux « découvertes des différents âges, demande le nom d'une maladie, administre ses drogues au hasard, ou les distribue à la ronde, suit sa routine « et méconnaît son art. L'expérience d'un empirique est toujours fausse, « parce que cet homme exerce son art sans le connaître, et suit les recettes « des autres sans en examiner les causes, l'esprit et la fin. » N'en déplaise à Zimmermann, l'homme dont il parle n'est pas simplement un empirique, mais un je ne sais quoi qui ne mérite pas de nous occuper ici.

* M. Forget ajoute en note cette sentence de Bacon, savoir : que la *quantité et la variété des médicaments sont filles de l'ignorance.*

** La statistique bien faite ne saurait induire en erreur. Si donc tant d'erreurs circulent en quelque sorte sous le couvert de la statistique, ce n'est pas à cette méthode qu'il faut s'en prendre, mais bien à ceux qui n'ont pas su l'employer suivant les règles convenables : *Non crimen artis quod professoris est.*

sur une connaissance exacte de la nature et du mode d'action des moyens qu'on lui oppose. Cette forme de la thérapeutique est la seule qui satisfasse complétement l'esprit; mais malheureusement elle ne trouve que trop rarement son application dans le traitement des maladies dites *internes* ou *médicales*.

En clinique chirurgicale, au contraire, les cas ne sont pas rares où la thérapeutique rationnelle est employée. En effet, ramener un os luxé à sa place naturelle, en faisant agir des puissances dans une direction inverse à celle qu'ont suivie les forces productrices de la luxation; retirer, soit par une opération sanglante, soit par la lithotritie, un calcul de la vessie; dilater les canaux rétrécis ou leur en substituer en quelque sorte d'artificiels; pratiquer la ligature d'une artère blessée, etc., etc.: voilà des procédés thérapeutiques vraiment rationnels.

Bien que, je le répète, la thérapeutique médicale ne fasse que trop rarement usage de moyens dont l'action puisse être expliquée d'une manière aussi claire, aussi *mathématique*, elle devient néanmoins chaque jour de plus en plus rationnelle, à mesure que nos connaissances sur la nature des lésions organiques et sur l'action des agents morbifiques s'étendent et se perfectionnent. La saignée, dans les cas de pléthore, ou bien pour rendre l'absorption plus libre et plus facile; les bains, dans les maladies de la peau produites par la malpropreté; l'abstinence du régime animal, des mets de haut goût, en un mot, de toutes les substances qui contiennent une grande quantité d'azote, dans les cas où des individus rendent des calculs d'acide urique; l'emploi d'un grand nombre de contre-poisons, etc., voilà autant de cas dans lesquels nous pouvons analyser, expliquer l'action de nos méthodes thérapeutiques médicales; voilà, en d'autres termes, des exemples de la forme pleinement rationnelle de la thérapeutique médicale. Les émissions san-

guines et les rafraîchissants, dans les phlegmasies locales générales, les anti-septiques dans les maladies avec tendance à la décomposition putride, etc., voilà encore des moyens, dont le *raisonnement* peut, jusqu'à un certain point, nous faire saisir le mode d'action et pour ainsi dire le mécanisme.

Dans une foule de cas, d'ailleurs, il existe, au sein de nos organes intérieurs, des lésions analogues à celles qui, placées à l'extérieur, deviennent l'objet d'une thérapeutique rationnelle. Mais, par une triste fatalité, les opérations qui seraient nécessaires pour mettre à découvert ces lésions internes, et celles qu'il faudrait pratiquer sur les organes malades eux-mêmes pour obtenir leur guérison, entraîneraient des accidents presque toujours mortels, si l'on avait la témérité d'y recourir.

Par un rare bonheur, au contraire, quelques-unes des médications employées sur le témoignage de l'empirisme seul, sont d'une efficacité pour le moins aussi grande que celle des méthodes les plus rationnelles. Qui ne connaît les admirables succès du quinquina, c'est-à-dire d'un médicament dont le mode d'action nous échappe, contre les fièvres intermittentes en général et contre les pernicieuses en particulier, c'est-à-dire contre les maladies dont la nature intime nous est le plus profondément inconnue?

Il est des cas, en thérapeutique, où l'expérience et la raison semblent être dans une espèce de contradiction. Tel est le cas de la méthode des *infiniments petits* thérapeutiques de M. Hahnemann. Or, une pareille contradiction ne saurait jamais être réelle. D'où vient cette *apparente* contradiction? d'une mauvaise logique ou d'une mauvaise expérience (*experientia fallax*). Pour la faire disparaître, il suffit de bien observer et de bien raisonner. La pratique *anti-rationnelle* de M. Hahnemann ne résistera pas longtemps à l'épreuve de la saine expérience.

ARTICLE III.

De la force médicatrice de la nature, et de la guérison dite spontanée des maladies, avec ou sans crises.

La question de physiologie *thérapeutique* qu'il s'agit d'examiner ici n'est pas de celles qui ne présentent rien d'obscur et d'embarrassant. Qu'est-ce que la *nature* d'abord ? Combien de choses dans ce seul mot ! Qu'est-ce ensuite que la *force médicatrice* de cette même nature ? Que de nouvelles discussions soulève cette nouvelle expression !

Notre intention n'est pas de sonder toutes les profondeurs du sujet qui nous occupe. Nous ne l'étudierons guère que sous le point de vue clinique et expérimental, et nous laisserons à d'autres la tâche difficile de son analyse philosophique.

Un fait constaté par tous les vrais observateurs, c'est que la même puissance qui préside au maintien de la santé, tend, dans quelques maladies, surtout aiguës, à rétablir l'équilibre rompu et à ramener l'ordre et le rhythme naturel dans les fonctions organiques bouleversées. Cette tendance du corps malade à revenir à son état normal, constitue ce que les pathologistes ont désigné sous le nom abstrait de force curatrice ou médicatrice de la nature. Sans doute, il ne faut pas accorder à cette force des ressources illimitées, et s'imaginer qu'elle rende superflus les secours de l'art. Il est bon de nous défier de notre penchant naturel à l'exagération, et de l'espèce de fatalité qui nous entraîne comme malgré nous dans le cercle étroit des opinions trop exclusives. Considérée d'une manière abstraite, cette force ne représente rien de clair et de positif à l'esprit. Il en est d'elle, sous ce rapport, comme de la *force* ou du *principe vital*. Mais on peut

analyser en quelque sorte cette idée complexe, et en la réduisant ainsi à ses élémens constituants, on voit qu'elle embrasse l'ensemble des actes organiques au moyen desquels certaines maladies guérissent sans le secours de la médecine. Dans ce cas, le principe vital agit parfois, suivant Corvisart, à la manière d'un physicien (1). Ce qu'il y a de positif, c'est que sans l'intervention des actes vitaux, les maladies les plus simples en apparence, telles que les plaies, les ulcères, les fractures, par exemple, ne sauraient en effet guérir. L'art place les parties dans certaines conditions favorables à la guérison; puis, à la force plastique de la nature seulement appartient le pouvoir de fabriquer le cal et la cicatrice. C'est par un autre acte vital, celui de l'absorption, que s'accomplit la disparition de ces matières anormalement épanchées dans des cavités, ou infiltrées dans la trame des organes, etc., etc. Mais qu'on n'aille pas croire que cette *providence* intérieure, pour me servir de l'heureuse expression de M. Broussais, agisse avec intention et par *raisonnement*, comme l'enseignait Stahl. En effet, il nous serait facile de citer ici une foule immense de cas dans lesquels le travail de la nature ne s'opère qu'au détriment du malade. C'est ce qui arrive dans les cas d'adhérences vicieuses, de brides qui s'opposent au jeu des parties, de tumeurs

(1) « Le physicien, dit ce grand observateur, voit les altérations des « parties de sa *machine*; il en modère, il en suspend l'action partielle ou « totale, ou il substitue une partie nouvelle à une défectueuse. En méde- « cine, l'art peut apercevoir quelques altérations des parties; parfois il « peut en modérer l'action, très rarement la suspendre; mais rien ne lui « est possible quant à la substitution d'une bonne partie à une mauvaise. « *Ce que fait le physicien, le principe vital le fait, il est vrai, mais mé-* « *diatement, c'est-à-dire à la faveur des éléments dont il s'empare et qu'il* « *élabore.* » (*Essai sur les maladies du cœur*; *Discours préliminaire*, page xix.)

et de végétations qui compriment les organes, obstruent les canaux, etc, etc.

Sachons donc reconnaître dans l'organisme l'existence d'une puissance qui, lorsque la maladie a dérangé l'équilibre normal des fonctions, et altéré plus ou moins la structure de nos organes, fait, dans de certaines limites, de salutaires efforts pour rétablir l'ordre dans les fonctions, et pour réparer les altérations organiques. Mais appliquons-nous en même temps, et de toutes nos forces, à la recherche des moyens par lesquels l'art peut seconder la nature et partager avec elle l'honneur de la guérison.

Hippocrate se plaisait en quelque sorte à signaler les heureux efforts de la nature médicatrice. Il faut en dire autant de Sydenham et de Fr. Hoffmann. « *Natura,* dit le premier, « *noctes atque dies nostris rebus invigilat, consulitque.* » Les expressions du second ne sont pas moins remarquables, les voici : « *Vis medicatrix naturæ profusa medicamina* « *non requirit, vis medicatrix naturæ quæ ægritudines* « *valde periculosas, ut pestem, exanthematicas, variolosas, morbillosas et inflammatorias febres, depellit* « *quam optime* (1). »

On désigne particulièrement sous le nom de *crises* les évacuations salutaires qui surviennent dans le cours des maladies aiguës et fébriles en général. Nous nous garderons bien de nous engager dans toutes les interminables controverses dont les crises ont été l'éternel sujet; il nous suffit que les évacuations qui surviennent quelquefois au déclin des maladies aiguës, aient été observées par tous les médecins, quelle que soit la secte à laquelle ils appartiennent.

(1) Il y a malheureusement beaucoup à rabattre de cet éloge. En effet, si la force médicatrice de la nature guérit plusieurs individus atteints de la peste et de la variole, elle en laisse aussi succomber un très grand nombre.

Le fait une fois bien constaté, chacun peut s'efforcer d'en trouver une légitime et saine explication. Quant à nous, nous ferons seulement observer que le soulagement qui se manifeste à la suite des évacuations de ce genre, concourt à prouver l'existence de l'altération secondaire ou primitive des liquides et surtout du sang. On dirait que ces évacuations constituent une sorte de sécrétion accidentelle, au moyen de laquelle le système circulatoire rejette, expulse, *vomit*, pour ainsi dire, les matières nuisibles, dont la masse sanguine était imprégnée.

Il n'est pas inutile de rappeler, d'ailleurs, l'analogie qui existe entre ces évacuations accidentelles, ces crises pathologiques, et les évacuations naturelles, sorte de crises physiologiques ou normales, au moyen desquelles le torrent sanguin se débarrasse journellement des principes dont il ne pourrait supporter impunément la présence. N'est-ce pas, en effet, par le libre exercice des sécrétions normales, telles que celle de l'urine, de la transpiration cutanée, etc., que l'économie se maintient dans son état de santé? Si donc, dans les maladies, nous voyons des évacuations accidentelles produire les plus avantageux résultats, ce phénomène n'est pas plus étonnant que les sécrétions naturelles, dont l'objet est de dépouiller le réservoir sanguin de tout ce qu'il peut contenir de nuisible. En un mot, pour nous, les crises ne sont autre chose qu'une modification des évacuations normales.

Considérées sous ce point de vue, les crises ne présentent rien qui répugne à la plus saine physiologie; elles se rangent parmi les nombreux phénomènes dont l'ensemble constitue *la force médicatrice*. C'est peut-être ici le lieu de rappeler, à l'appui de ce que nous venons de dire, que chez les animaux, dans le sang desquels on injecte des matières putrides, presque constamment il survient d'abondantes évacuations, soit par les urines, soit par les

selles. Ces évacuations sont souvent suivies de soulagement, quelquefois même d'une complète guérison. Toutefois, dans le plus grand nombre des cas, elles n'empêchent pas les animaux de succomber. Or, nous le demandons à tous les médecins de bonne foi, ces évacuations n'ont-elles pas la plus frappante analogie avec les évacuations dites critiques?

Par tout ce qui précède, on voit que les phénomènes appelés du nom de *crises* ne sont réellement que les phénomènes naturels modifiés; et que si la doctrine des *crises*, telle que la conçoivent quelques-uns, est un assemblage bizarre de grossières hypothèses et d'opinions incohérentes, il n'en est pas moins vrai que cette doctrine repose sur des faits que l'observation journalière nous fournit. Que ces faits aient été mal interprétés, à la bonne heure; mais ce n'est pas une raison d'en nier l'existence. Certes, s'il fallait nier tous les faits qui ont été mal expliqués, surtout en médecine, parmi la masse énorme de ceux que nous possédons, il en resterait un très petit nombre auquel nous pussions ajouter foi.

Depuis quatre ans passés que j'examine avec le plus grand soin, en présence de nombreux témoins, les qualités de l'urine dans le cours des maladies aiguës, j'ai eu l'occasion de constater qu'effectivement ces qualités varient singulièrement, selon telle ou telle phase de la maladie. Mais je me suis surabondamment convaincu que les urines dites critiques sont l'*effet* et non la *cause*, le *signe* et non le *moyen* de la guérison des maladies dans le cours desquelles on les observe. C'est donc pour moi une question de séméiologie plutôt qu'une simple question de thérapeutique, et c'est pour cela que je n'y insisterai pas plus longtemps ici.

ARTICLE IV.

De la thérapeutique expectante ou *négative*, et de la thérapeutique agissante ou *positive*. Des moyens hygiéniques.

La question de la médecine expectante ou *négative* et de la médecine agissante ou *positive* (1) ne s'applique réellement qu'à une certaine catégorie de maladies, à la classe des inflammations fébriles, par exemple, soit simples, pures, franches, légitimes, soit compliquées d'une infection primitive ou consécutive de la masse sanguine (2). S'il était vrai, comme le prétend Fréd. Hoffmann, que la force médicatrice de la nature guérît le mieux du monde (*quàm optimè*) les maladies dont il s'agit, ce serait faire preuve d'une grande sagesse que de s'abstenir ici de toute médication active, énergique. Au contraire, beaucoup d'individus, abandonnés aux seules ressources de la nature, succombent-ils à ces maladies, tandis qu'ils auraient guéri, si le médecin eût secondé les efforts de la force médicatrice de la nature, il serait plus qu'imprudent de s'en rapporter à la médecine expectante. Aussi, après avoir loué la simplicité thérapeutique d'Hippocrate, Sy-

---

(1) Les mots *positive* et *négative* sont ici employés pour signifier que dans un cas le médecin s'abstient de toute médication active, énergique, tandis que dans un autre cas il a recours au contraire à une pareille médication. Mais, à rigoureusement parler, il n'est pas de thérapeutique absolument *négative* ou purement *expectante* ; en effet, quelque paresseuse que soit la médecine la plus expectante, elle s'occupe au moins de la *diététique.*

(2) Ce serait une absurdité que de poser en question si l'on doit attendre ou bien au contraire agir dans le traitement des maladies mécaniques ou chirurgicales proprement dites, une luxation, une hémorragie, etc. On peut en dire autant à l'égard de certaines maladies médicales, telles qu'un empoisonnement, une apoplexie, une fièvre pernicieuse, etc.

denham, tout convaincu qu'il était du pouvoir de la nature médicatrice, ajoute-t-il : « *Altera ab hâc methodus, quâ « ars medendi possit ulterius provehi, in eo potissimum « cardine vertitur, ut certa aliqua, et consummata undi- « què ac fixa methodus medendi in publica commoda tra- « datur, eam intelligo, quæ satis magno experimentorum « numero corroborata suffultaque, huic vel illi morbo « devincendo suppar invenitur.* »

La médecine expectante a joui d'une grande faveur sous la domination de la *Nosographie philosophique*, et nous avons vu précédemment (page 14) que Pinel fait un reproche à Sydenham d'avoir prescrit des saignées médiocrement copieuses dans le traitement de la pleurésie. « *Com- « ment concilier*, s'écrie-t-il, *avec les principes éternels « de la* FORCE MÉDICATRICE DE LA NATURE, *ce que dit « Sydenham du traitement de la pleurésie, qui, suivant « lui, ne peut être guérie dans un adulte, qu'en lui fai- « sant perdre quarante onces de sang par des saignées « successives !* »

Les expressions de médecine *expectante* et de médecine *agissante* sont si vagues, la dernière surtout, qu'il est difficile de bien s'entendre dans les discussions où l'on est obligé de les employer. La médecine expectante peut être préférable à telle méthode agissante et non à telle autre. Ainsi, par exemple, d'après les faits que j'ai observés, il vaudrait mieux s'en tenir à la diète et aux boissons émollientes, gommeuses, dans le traitement de la maladie dite *fièvre typhoïde*, que de combattre cette maladie par l'*action* des purgatifs répétés ; mais il vaut beaucoup mieux, au contraire, la combattre par l'action des saignées générales et locales convenablement formulées, secondée par l'emploi des chlorures et des vésicatoires, que de se borner au rôle d'*expectateur*.

Il n'appartient, au reste, qu'à la saine expérience de

résoudre la question vraiment vitale que nous effleurons ici. Quant à moi, qui, depuis quinze ans, n'ai rien négligé pour savoir àquoi m'en tenir sur un sujet si grave, je suis convaincu, par quelques milliers de faits (1), que dans le traitement des maladies aiguës ordinaires, telles que les inflammations de la poitrine, de l'abdomen et de la tête, etc., la méthode purement expectante serait un véritable fléau, si l'on en compare les résultats avec ceux obtenus par une méthode agissante convenable. On peut donc appliquer à cette méthode, *et à fortiori*, ce que j'ai dit ailleurs de la méthode agissante employée avec trop de timidité dans le traitement des inflammations aiguës du cœur: «Si l'on compte trop peu de guérisons radicales et « complètes, il est juste d'en faire peser la responsabilité « presque toute entière sur la timidité avec laquelle les « moyens convenables ont été mis en usage. C'est en pro- « cédant avec cette timidité, généralement décorée au- « jourd'hui du faux nom de prudence, que l'on fabrique, « de toutes pièces, tant de maladies *chroniques organi-* « *ques*, suivant l'expression de Corvisart, affections dans « lesquelles la débile vue des praticiens vulgaires ne re- « connaît plus, comme le faisait le coup d'œil perçant de « ce profond génie, les caractères d'une inflammation « aiguë, passée à l'état chronique. Il n'est pas de jour où « je n'aie la triste occasion de constater de nouveaux effets « de cette déplorable prudence, qui conduit lentement au « tombeau une bonne partie du genre humain. Oui, j'en « conviens, les demi-moyens en médecine, suffisent assez

---

(1) Quiconque a une idée du nombre des malades qui passent sous les yeux d'un observateur attaché en même temps à un hôpital et au Bureau central d'admission, saura bien que je n'exagère pas en parlant ici par *milliers*. Depuis bientôt cinq ans que je fais le service au bureau indiqué, j'ai reçu et interrogé 25,000 malades au moins.

« souvent pour empêcher la mort dans la première pé-
« riode des inflammations aiguës ; mais il est certain que
« la plupart de ces inflammations, ainsi traitées, passent
« à l'état chronique, et entraînent ces fatales lésions orga-
« niques, dont les nombreuses et pâles victimes se ren-
« contrent à chaque pas dans la carrière de la pratique.
« Trois ans passés d'une médecine hardie, c'est-à-dire
« véritablement *prudente*, m'ont appris, ainsi qu'à un
« bon nombre d'élèves, et à quelques confrères éclairés et
« de bonne foi, le précieux secret de préserver de cette
« funeste terminaison, la presque totalité des individus
« affectés d'une inflammation aiguë non encore trop avan-
« cée. » (*Traité clinique des maladies du cœur;* t. Ier, page 309.)

Je n'insisterai pas davantage sur une question aussi mal déterminée que celle de la médecine agissante et de la médecine expectante. Pour bien résoudre les questions, il faut qu'elles soient posées d'une manière précise. Or, tant de questions de thérapeutique spéciale se trouvent comprises dans celle de la question générale de la médecine agissante, qu'il faudrait un volume pour les examiner toutes. Je m'en tiens aux généralités ci-dessus, que je prie le lecteur de ne pas étendre au-delà des limites que je leur ai imposées moi-même.

Si la thérapeutique proprement dite, ou la *matière* médicale, ne fait pas partie intégrante de la médecine expectante, il n'en est pas de même de l'hygiène. En effet, il n'est aucune maladie un peu sérieuse dans laquelle on puisse s'abstenir des moyens hygiéniques, ou de l'usage bien ordonné des *six choses* si improprement appelées *non naturelles*. L'hygiène est, en effet, un des éléments fondamentaux de l'art de traiter les maladies : à tel point que, dans l'immense majorité des cas un peu graves, les médications les plus énergiques resteraient

impuissantes, si elles n'étaient secondées par une saine direction des modificateurs hygiéniques. Il faut une expérience consommée, et une rare habileté pour manier comme il convient, les instruments de l'hygiène, et faire heureusement, et pour ainsi dire harmoniquement, concourir leur action avec celle des instruments plus actifs et plus énergiques de la matière médicale. Aussi que d'accidents, que de rechûtes éclatent chaque jour, à la suite d'une imprudence de régime, de certaines influences atmosphériques, de diverses affections morales, d'un exercice prématuré, etc., etc.!

Une maladie étant une fois déclarée, on tenterait vainement de la combattre par les méthodes les plus énergiques à la fois et les plus rationnelles, si la cause qui l'a produite n'était éloignée. Au contraire, un certain nombre de maladies, même graves, ne se dissiperaient-elles pas d'elles-mêmes, si lorsque leur cause productrice étant éloignée, l'on s'en tenait aux simples soins hygiéniques (*sublatâ causâ tollitur effectus*)?

On a dit avec raison, depuis bien longtemps, que la diète et l'eau étaient deux grands médecins. Or, la diète et l'eau constituent de purs moyens hygiéniques. Dans les maladies aiguës, dans les maladies fébriles, quelque différentes qu'elles soient d'ailleurs entre elles, sous divers rapports, ce double moyen est de la dernière rigueur, pendant un temps variable, suivant une foule de circonstances, que je ne saurais bien préciser qu'en descendant dans des particularités étrangères à notre objet actuel. Nous ne devons que poser ici les principes, sauf à les poursuivre dans toutes leurs conséquences et dans toutes leurs applications, quand il s'agira pour nous des diverses classes de maladies, et des innombrables espèces comprises dans chacune de ces classes. Ce n'est, au reste, qu'au lit des malades qu'on apprend bien les préceptes de l'hy-

giène pathologique, ainsi que ceux de la thérapeutique proprement dite.

Règle générale : 1° tant que, dans une maladie aiguë fébrile, vous n'aurez point complètement, ou à peu près, éteint le mouvement fébrile, ne prescrivez pas le plus léger aliment ; 2° lorsque l'état fébrile étant dissipé, vous pourrez commencer l'usage des aliments, n'en permettez d'abord qu'une petite quantité, prise parmi les plus légers, n'en augmentez la *dose* que par degrés bien ménagés, et s'il faut pécher en pareille matière, que ce soit par *défaut* plutôt que par *excès*.

J'ajouterai seulement ici que, sans l'exécution sévère de ces préceptes, dans le cours des maladies aiguës et dans la convalescence, nous ne serions jamais parvenu à obtenir des méthodes thérapeutiques énergiquement employées par nous les succès dont nous parlerons plus loin.

ARTICLE V.

Des indications et des méthodes de thérapeutique positive ou agissante. De la classification de ces méthodes et de la nécessité de les formuler avec précision.

§ 1er. *Des indications thérapeutiques.*

Les *indications* thérapeutiques, sujet sur lequel certains auteurs ont si longuement disserté, dérivent évidemment du diagnostic de la maladie. En effet, lorsque la nature de celle-ci est exactement connue, elle *indique* comme d'elle-même le remède. Ainsi, par exemple, il faut réunir les parties divisées, replacer dans leur position normale les parties luxées, herniées, extraire les corps étrangers, etc.

Contraria contrariis curantur: tel est le dogme qui domine toute la thérapeutique (1). Mais, encore une fois, pour

(1) On a voulu substituer à ce principe celui de *similia similibus curan-*

faire l'application de cette loi fondamentale de l'art de guérir, il faut connaître la nature de la maladie. Et comme dans un grand nombre de cas, cette nature ne nous est nullement connue ou ne l'est du moins qu'en partie, il s'ensuit que les indications ne peuvent être fournies que par l'expérience que nous avons acquise de l'utilité de tel ou tel moyen dans des cas analogues à celui qui se présente à combattre. C'est encore ici la question de la thérapeutique rationnelle et de la thérapeutique empirique.

Suivant M. Chomel, *les indications ne doivent jamais être établies sur des théories ni sur des raisonnements abstraits* (1). Je ne sais trop ce que M. Chomel entend par des *théories et des raisonnements abstraits*, et je ne connais en thérapeutique que de bons ou de mauvais raisonnements, de bonnes ou de mauvaises théories. Or, les indications thérapeutiques sont elles-mêmes une théorie, un mode de raisonnement, un acte rationnel, car je ne sache pas que jamais médecin ait pu saisir une indication sans se servir de son esprit ou de sa raison. C'est aussi la maxime de M. Chomel. Mais il établit divers espèces de raisonnement qui ne me semblent pas faciles à concevoir. Il paraît admettre un raisonnement qui ne serait pas simple et naturel ni fourni par le bon sens, et, selon lui, ce serait un raisonnement de cette espèce que celui d'après lequel on établirait le traitement de certaines maladies sur les *théories brillantes* de la chimie (2). Il me semble cependant

---

ur. Il semble que le père de l'homœopathie ait lui-même senti l'énorme absurdité d'un pareil dogme, en appliquant la division *infinitésimale* aux médicaments qu'il administre. En effet, grâce à cet artifice, le danger de sa pratique, ce véritable type de la médecine *négative* ou *expectante*, se trouve, sous un rapport, comme non avenu. En dosant les médicaments à l'instar des *allopathes*, les homœopathes eussent fait trop de mal pour pouvoir trouver quelques partisans.

(1) *Pathologie générale*, page 539.

(2) « Le seul raisonnement qui doive être employé est le raisonnement

que c'est un raisonnement très conforme au bon sens que de puiser dans les saines théories de la chimie certaines indications thérapeutiques, comme c'en est un très bon aussi que de chercher dans la saine mécanique d'autres indications. Au reste, tout ce que dit M. Chomel *des circonstances qui peuvent fournir des indications chez l'homme malade* (1), est applicable aux méthodes thérapeutiques dont nous allons maintenant parler.

§ II. *Des méthodes thérapeutiques et de leur classification.*

Les méthodes thérapeutiques ou les médications consis-

« simple et naturel que fournit le bon sens, et qui sort immédiatement « des phénomènes qu'on observe. Toutes les fois qu'on voudra agir en mé- « decine, d'après une série d'arguments enchaînés d'une manière plus ou « moins ingénieuse, on tombera dans des erreurs aussi nuisibles au mé- « decin qui s'y livre que dangereuses pour les malades.

« Quelques hommes ont essayé de substituer à la thérapeutique d'autres « bases que l'observation et l'expérience aidées du raisonnement naturel ; « les théories brillantes de la chimie ont fait entrevoir à leurs partisans la « possibilité d'établir sur des fondements nouveaux le traitement des ma- « ladies. » (*Pathologie générale*, page 537.)

J'avoue que je ne puis comprendre comment on pourrait *substituer à la thérapeutique d'autres bases que l'observation et l'expérience aidées du raisonnement naturel*, à moins qu'on ne prétende que le raisonnement ne soit pas aussi naturel en chimie, par exemple, que partout ailleurs, et que l'expérience et l'observation ne soient pas les *bases de cette science.*

(1) « Les principales de ces circonstances, selon M. Chomel, sont le « genre de maladie, sa forme particulière et son type. L'état des forces, « l'intensité de la maladie, les périodes, les symptômes prédominants, le « siége, les complications, les causes et certaines circonstances commé- « moratives, la tendance de la maladie vers telle ou telle terminaison, « l'influence qu'elle peut exercer sur la constitution du sujet ou sur quel- « ques affections préexistantes, l'effet des moyens déjà employés, soit « chez le malade lui-même, soit chez d'autres dans le cas d'épidémie, « fournissent aussi des indications qui ne doivent pas être négligées. »

Toutes ces circonstances, encore un coup, sont autant de données qu'il faut consulter quand il s'agit de déterminer les méthodes thérapeutiques.

tent dans une heureuse combinaison d'un certain nombre d'agents ou de moyens simples auxquels on pourrait donner le nom d'*éléments thérapeutiques*. Ces éléments sont fournis par la même source que les causes des maladies. On pourrait même dire, à la rigueur, que les agents thérapeutiques sont le plus souvent des agents *nosogéniques*, avec cette circonstance essentielle et caractéristique, que leur action *nosogénique* est opposée à l'état morbide actuellement existant. C'est en vertu de cette circonstance qu'ils deviennent des instruments de guérison.

Quoiqu'il en soit, nous ne nous occuperons point ici de chacun des innombrables éléments thérapeutiques, ni des détails des méthodes (1) dont ils font partie, car notre plan ne comporte que des généralités.

Il faut en convenir : c'est un problème d'une solution bien laborieuse que celui de la classification des médicaments ou mieux des médications. On ne doit donc pas être étonné du peu de succès des classifications de ce genre proposées jusqu'ici. Toutes ces classifications portent le cachet ou l'empreinte des systèmes médicaux qui régnaient à l'époque où elles furent créées. Elles se sont écroulées avec ces systèmes, comme des édifices dont on a sapé la base. « On « créa des désobstruants, dit Bichat, quand la théorie de

---

(1) On devrait réserver le nom de *méthode thérapeutique* pour désigner l'ensemble des moyens par lesquels il faut combattre les divers genres de maladies : c'est dans ce sens qu'il a été employé quelquefois, comme, par exemple, quand on dit *méthode antiphlogistique*. Mais dans beaucoup de cas, on applique le mot méthode à chacun des éléments divers dont un appareil thérapeutique peut être composé. C'est ainsi qu'on dit méthode révulsive, méthode vomitive, méthode purgative, etc., dans les cas où les révulsifs, les vomitifs, les purgatifs sont employés pour combattre des maladies inflammatoires. Or, dans ce cas, il est évident que ces moyens ne sont que des éléments de l'appareil ou de la *méthode* antiphlogistique. On a même appliqué le nom de méthode à la manière dont on administre certains médicaments : c'est ainsi qu'on dit *méthode endermique*, etc.

« l'obstruction était en vogue. Les incisifs naquirent quand « celle de l'épaississement des humeurs lui fut associée. « Quand il fallut envelopper les âcres, on créa les invis- « cants, les incrassants, etc. (1). »

Après avoir attaqué ces classifications, Bichat indique la base sur laquelle doit reposer, selon lui, une classification des médicaments. « Sans doute, dit-il, il est extrê- « mement difficile de classer encore les médicaments « d'après leur manière d'agir; mais il est incontestable « que tous ont pour but de ramener les forces vitales au « type naturel dont elles s'étaient écartées dans les mala- « dies. » Nous avons fait voir précédemment en quoi péchait le système physiologique et pathologique de Bichat. Une classification thérapeutique fondée sur ce système ne saurait donc satisfaire à toutes les conditions du problème. En effet, que penser d'une classification qui s'appuierait sur un système pathologique, suivant lequel toutes les maladies consistent en des lésions de propriétés qui n'ont rien de commun avec les propriétés mécaniques, physiques et chimiques ?

M. Chomel divise d'abord *les moyens thérapeutiques en moyens thérapeutiques proprement dits et en moyens hygiéniques*, et *subdivise* ensuite les moyens thérapeutiques proprement dits en externes ou chirurgicaux et en médicinaux ou internes. Rien n'est moins philosophique, on le conçoit, que cette première classification. En effet, elle ne porte ni sur la nature des médicaments, ni sur leur mode d'action, lequel n'est d'ailleurs qu'une conséquence de leur nature. La classification en moyens externes et internes est purement topographique.

Les moyens thérapeutiques externes ont été réunis en

---

(1) *Voyez* la suite de ce passage à la page 36 de cet *Essai*.

quatre séries par M. Chomel, selon qu'ils agissent par *synthèse*, *diérèse*, *exérèse* ou *prothèse*. Cet auteur fait justement observer que cette division des procédés chirurgicaux n'est pas exempte d'imperfections, et passe ensuite à la classification des moyens qui sont du ressort de la pathologie interne. Après avoir dit que *c'est uniquement d'après leur action sur l'économie que les remèdes doivent être classés*, M. Chomel dit qu'on pourrait les rapporter presque tous à sept classes principales, savoir : *les évacuants et les astringents*, *les débilitants et les toniques*, *les calmants et les stimulants*, et *enfin les spécifiques*. Au reste, M. Chomel fait pour ainsi dire bon marché de sa classification. « Nous sommes les premiers, dit-il, à sentir les défauts de cette division ; mais nous pensons « qu'ils se retrouvent dans toutes les autres, qui ont encore « l'inconvénient d'être beaucoup plus compliquées. Nous « savons que les évacuants ne produisent pas toujours d'évacuations, et que les astringents les augmentent quelquefois, que tel moyen qu'on rapporte aux débilitants peut « dans quelques circonstances augmenter les forces ; nous « n'ignorons pas que les calmants, et l'opium en particulier, ont quelquefois produit une stimulation véritable, « et qu'à proprement parler, il n'y a point de *spécifiques* (1). » Nous n'ajouterons rien à cette critique paternelle de la précédente classification.

Toute classification thérapeutique doit reposer sur la classification des maladies. En effet, comme nous l'avons déjà dit, la thérapeutique n'est au fond qu'une sorte de corollaire de la nosogénie. Or, puisque nous avons clairement démontré, si je ne me trompe, que parmi les maladies les unes étaient mécaniques et physiques, les autres chimiques, les autres dynamico-vitales ou dynamico-ner-

(1) *Pathologie générale*, page 572.

veuses, ou ce qui est la même chose, que les unes atteignaient l'organisme dans ses conditions physiques et mécaniques, les autres dans ses conditions chimiques, les autres enfin dans ses conditions dites vitales ou dynamiques; puisqu'il en est ainsi, dis-je, les médications doivent exercer sur les conditions physiques, mécaniques, chimiques, vitales de l'organisme, une action en sens inverse de celle qui constitue la maladie : *contraria contrariis curantur.* Ces médications ou méthodes thérapeutiques générales se partagent chacune en un grand nombre de genres et d'espèces, que nous étudierons dans le *Traité de pathologie générale et spéciale*, dont cet *Essai* est en quelque sorte l'introduction.

Est-il besoin de dire ici que les agents thérapeutiques (les moyens purement moraux exceptés) ne modifient réellement l'économie qu'en vertu de leurs propriétés mécaniques, physiques et chimiques? Prenons pour exemple la méthode dite antiphlogistique. Les émissions sanguines ne modifient-elles pas à la fois les conditions physiques, chimiques et mécaniques de l'économie vivante? Les refrigérants, tels que les bains froids, les irrigations froides, la glace, etc., n'agissent-ils pas physiquement? Ne fait-on pas par leur emploi une sorte de saignée du calorique de l'organisme (1)? Ne modifie-t-on pas physiquement la composition du sang par les différentes espèces d'aliments qu'on prescrit suivant les cas? N'est-ce pas, par exemple, en supprimant en tout ou en partie les aliments azotés qu'on parvient à prévenir la gravelle? Les moyens dits anti-scorbutiques

(1) Nous ne savons que fort peu de chose encore sur le rôle que joue l'électricité de l'économie vivante dans les maladies. S'il était démontré qu'elle est en plus dans certains cas, l'indication ne serait-elle pas d'en soustraire une certaine dose, ou de pratiquer pour ainsi dire des *saignées d'électricité*?

n'exercent-ils pas une influence chimique sur la composition du sang ? N'en est-il pas de même de ceux qu'on administre dans les cas de chlorose, etc. ? Les contre-poisons dont nous implorons quelquefois le secours n'agissent-ils pas en vertu de leurs propriétés physiques et chimiques? En présence de ces réflexions et des faits dont elles surgissent, peut-on, en vérité, dire avec M. Chomel, que rien n'annonce jusqu'ici la possibilité que les théories brillantes de la chimie puissent fournir un jour quelques indications utiles? (*Path. génér.*, page 538.) L'opium, la strychnine, etc., etc., ne modifient-ils pas particulièrement et en quelque sorte directement les conditions dynamiques propres à l'économie vivante, quelque soit d'ailleurs le principe de ces conditions dont le système nerveux est le réservoir ou le dépositaire ?

Mais les spécifiques, dira-t-on peut-être, qu'en faites-vous ? Par cela même que nous avons admis des causes et des maladies *spécifiques*, on doit bien penser que nous ne nions pas l'existence des moyens du même nom. Ainsi que nous l'avons établi il y a dix à douze ans, dans une thèse pour le concours de l'agrégation, il est même deux ordres de moyens *spécifiques* : les *spécifiques* de maladies et les *spécifiques* d'organes, tels que la belladone qui agit *spécifiquement* sur un des systèmes nerveux de l'œil, la strychnine qui agit *spécifiquement* sur la moelle épinière, etc. Mais ces moyens, pour être appelés *spécifiques*, n'en n'agissent pas moins en vertu de certaines propriétés physiques, chimiques ou dynamiques, que nous ne pouvons encore *analyser*.

Ainsi, sous quelque point de vue qu'on étudie la médecine, toujours on trouve que c'est un grave contre-sens que d'isoler cette belle partie des connaissances humaines des sciences physiques et chimiques proprement dites. Le temps n'est pas encore venu, je le sais bien, où la doctrine

que nous développons sera comprise de tout le monde et généralement adoptée. Mais il faut bien que quelques hommes commencent le mouvement de régénération scientifique, et nous tenons à honneur de faire partie de cette sorte d'avant-garde des amis du progrès.

§ III. *De l'importance de formuler avec précision les méthodes thérapeutiques en général et la méthode des émissions sanguines en particulier.*

Quelque soient les moyens et les méthodes thérapeutiques dont on ait fait choix, on ne saurait apporter trop de soin à en régler tous les éléments d'une manière précise, à les formuler en un mot. Cette vérité est trop évidente par elle-même pour être contestée par personne. Que dirait-on d'un chirurgien qui pratiquerait les opérations, ces espèces de médications chirurgicales, sans en bien connaître toutes les règles, tous les temps, tous les mouvements? Hé bien, il ne faut pas moins exiger du médecin que du chirurgien, dans l'application des méthodes ou des opérations thérapeutiques qui sont de son ressort.

Plus les méthodes qu'emploie le médecin sont énergiques, plus aussi elles doivent être dosées et formulées avec précision. Étant donnée la formule au moyen de laquelle on peut obtenir d'une méthode thérapeutique tous les avantages qu'on a droit d'en espérer, il est indispensable de bien exposer les modifications que cette formule doit subir selon une foule de circonstances, telles que l'âge, le sexe, la constitution, la force des sujets, l'étendue, l'intensité, le siége de la maladie, etc., etc. Ce sont là, comme je l'ai dit dans une autre circonstance, des espèces de *lieux communs*, dont tient compte tout praticien doué du simple bon sens, et ce n'est pas sans quelque étonnement que j'ai vu d'honorables confrères me reprocher d'avoir négligé cet élément dans la

nouvelle formule des émissions sanguines générales et locales que j'ai proposée et mise en pratique depuis quatre ans passés.

Il y a deux choses fondamentales à considérer quand il s'agit de doser ou de formuler un moyen ou une méthode thérapeutique. Ce n'est pas assez, en effet, que d'indiquer la quantité ou la dose, il n'est pas moins nécessaire de préciser l'espace de temps dans lequel la dose du remède, quel qu'il soit, doit être administrée (et j'entends ici par remède tout ce qui peut guérir un malade, soit que cela consiste à donner ou à retrancher). Pour expliquer ma pensée, je prendrai précisément pour exemple la méthode des émissions sanguines. Or, les effets qu'on obtient de cette méthode diffèrent infiniment, selon l'espace de temps dans lequel on retire une seule et même quantité de sang. C'est pour avoir enlevé dans l'espace de vingt-quatre heures la même quantité de sang que jusqu'ici l'on retirait en quatre ou cinq jours seulement, que, par un bonheur vraiment rare, je suis parvenu à tant abréger la durée des phlegmasies aiguës (pneumonie, pleurésie, péricardite, rhumatisme articulaire, entérite, érysipèle, etc.), et à diminuer la mortalité de ces maladies, à un point tel, que la chose paraît incroyable à ceux qui n'ont pas vu, et qu'elle ravit en quelque sorte d'étonnement les nombreuses personnes qui en sont journellement témoins. Et on peut être bien convaincu que je me fais un devoir sacré de ne rien exagérer ici. Si je suis l'auteur de la méthode dont je signale les avantages, je ne m'en souviens que pour être sévère dans son appréciation. J'oserai même dire qu'il ne me faut rien moins que la certitude mathématique des bienfaits que l'humanité souffrante est appellée à en retirer, pour me décider à parler ainsi d'une question qui m'est personnelle : mais le *salut des malades doit être la suprême loi du médecin.*

Au reste, depuis quatre ans, les succès que nous obtenons ont été célébrés dans un grand nombre de thèses soutenues à la Faculté de Médecine. Tout récemment, notre savant confrère, M. Capuron, en a fait retentir l'enceinte de l'Académie royale de Médecine. Depuis la discussion prolongée qui s'est élevée au sein de cette compagnie, la formule des saignées coup sur coup a été essayée par M. le docteur Émery, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et ses essais ont confirmé pleinement ce que j'avais avancé (c'est dans le rhumatisme articulaire aigu et dans la pneumonie que M. Émery a, jusqu'ici, fait usage de la formule indiquée). Ce résultat dont j'ai été instruit par M. Émery lui-même, est d'autant plus précieux que, dans la discussion qui s'éleva au sein de l'académie, notre honorable confrère avait paru peu disposé en faveur de notre formule.

J'ai également lu dans un journal (*Lancette française* nº 147 — 1835) que la formule des émissions sanguines coup sur coup avait été mise en pratique dans un autre service, et que, en dépit de la prédiction du praticien qui l'employait, elle avait guéri très rapidement deux cas de rhumatisme articulaire aigu contre lesquels on l'avait tentée. Il est vrai qu'on paraît s'être contenté de cette épreuve, et que loin de la renouveler, comme on aurait pu s'y croire autorisé, on s'est, au contraire, égayé aux dépens de ceux qui prétendent *formuler* les émissions sanguines, prétention qui leur a paru presqu'une folie. Une *folie* qui a pour résultat une mortalité de 1 sur 8 à 9 au plus dans la péripneumonie, et de 1 sur 6 à 7 dans la maladie dite fièvre typhoïde, vaut bien, ce me semble, cette admirable et rare prudence par la grâce de laquelle on perd le tiers des sujets atteints de l'une ou l'autre de ces deux maladies !

Au moment où je compose cet article, j'apprends que, dans le service de M. le professeur Fouquier, la *nouvelle formule* des émissions sanguines a été employée dans un

bon nombre de péripneumonies (20 environ, si j'en crois le rapport d'un témoin oculaire), et qu'elle a eu les plus heureux succès. Cela ne surprendra aucun de ceux qui assistent à notre clinique, car ils sont *convaincus* par des faits positifs, qui se répètent chaque jour, que dans les phlegmasies aiguës ordinaires, telles que la pneumonie, la pleurésie, la péricardite, etc., la terminaison mortelle chez les individus traités dans les premiers jours, est une *très rare exception*, ainsi que notre savant confrère, M. Caperon, l'a dit, dans un rapport à l'Académie.

Parmi les nombreux témoins dont je pourrais invoquer le témoignage impartial et éclairé, qu'il me soit permis de placer M. le docteur Chevé, chirurgien entretenu de la marine, qui vient de soutenir à la Faculté une excellente dissertation sur la fièvre jaune. Après avoir parlé du traitement qu'il a mis en usage, et qui a surtout consisté en larges émissions sanguines, il dit en note ce qui suit :

« Si à cette époque j'avais été témoin, comme je le suis « tous les jours, des résultats vraiment extraordinaires « obtenus par M. le professeur *Bouillaud* de l'emploi de « sa méthode *jugulante*, ou de la formule des *émissions* « *sanguines coup sur coup*, je n'aurais pas à déplorer « aujourd'hui la perte d'un aussi grand nombre de vic- « times.

« Tout le monde connaît les succès obtenus par « M. *Bouillaud* dans le traitement de la pneumonie, de « l'érysipèle, de l'entérite typhoïde, du rhumatisme ar- « ticulaire aigu et de l'endo-péricardite, sa fidèle com- « pagne, en un mot, dans le traitement de toutes les affec- « tions aiguës graves, en général. Aussi, quand on a « suivi la clinique de ce professeur pendant quelques « mois, et qu'on a observé les faits avec impartialité, « on comprend très bien qu'il ait pu, qu'il ait même dû « dire : *Dans les affections aiguës ordinaires traitées à*

« *temps et convenablement, la guérison doit être la règle,*
« *et la mort l'exception.* »

Je ne puis, d'ailleurs, mieux continuer cette discussion sur la formule des saignées coup sur coup qu'en rapportant ici un extrait de la lettre à M. Louis que M. le docteur Donné a publiée dans l'un de nos meilleurs journaux, *les Archives générales de médecine* (1).

Comme cette lettre contient d'excellentes réflexions sur le mémoire dans lequel M. Louis s'est occupé de la grande question des émissions sanguines, le lecteur me saura gré, je pense, de cette citation, quoique un peu longue. Je le préviens seulement que la formule telle qu'elle a été rapportée par M. Donné, n'est pas exactement celle que j'emploie, ainsi qu'on pourra s'en assurer en consultant mon article *Pneumonie du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, mon *Traité clinique sur les Maladies du cœur*, mes *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*, et la quatrième partie de cet *Essai*. Quoiqu'il en soit, le suffrage de M. Donné nous paraît d'autant plus *décisif*, que, de son propre aveu, ce médecin, au moment où il fut témoin de la formule des émissions sanguines coup sur coup, n'était *pas très partisan des émissions sanguines portées très loin*. Voici maintenant les passages de la lettre de M. Donné à M. Louis, qui m'ont paru devoir être consignés ici :

« MONSIEUR,

« Permettez à l'un de vos anciens élèves de vous
« adresser quelques réflexions au sujet de la nouvelle

---

(1) Lettre adressée à M. le docteur Charles Louis, relativement à sa brochure intitulée : *Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires*, etc.; par le docteur Al. Donné, ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine, etc.

« brochure que vous venez de publier, sur les effets de la « saignée dans plusieurs maladies inflammatoires, parti- « culièrement dans la péripneumonie.

« Personne n'est plus pénétré que moi de l'importance « de vos laborieuses et constantes recherches, personne « n'admire davantage la persévérance de vos efforts, « votre ardent amour de la vérité, le profond savoir et « l'exactitude que vous apportez dans vos observations. « Je me plais en toute circonstance à reconnaître, que « nulle part pendant le cours de mes études, je n'ai « puisé plus de lumières, plus d'idées nettes et précises « sur l'art d'observer les faits sans idée préconçue, de les « analyser et de les apprécier, que dans vos leçons ou « plutôt dans vos conversations cliniques; la méthode ri- « goureuse que vous appliquez à l'examen des malades, « a mis plus d'ordre en six mois dans ma tête, que n'a- « vaient fait les vagues raisonnements de beaucoup d'au- « teurs.

« J'arrive à vos recherches sur les *effets de la saignée* « *dans quelques maladies inflammatoires;* les résultats « auxquels vous parvenez me semblent, je l'avoue, moins « rigoureux que vous ne le supposez.

« Ainsi, d'après vos tableaux, l'emploi de la saignée « dans la péripneumonie, n'aurait eu que peu d'influence « sur la marche de cette maladie.

« Avant de vous présenter ma principale objection, je « vous ferai remarquer qu'il faudrait bien s'entendre sur « cette influence de la saignée dont vous parlez. Est-ce « de la marche seulement de la maladie, c'est-à-dire de « ses diverses périodes et de sa durée que vous voulez « parler, ou bien est-ce du résultat définitif, c'est-à-dire « de la guérison ou de la mort? En d'autres termes, avez- « vous eu pour but de déterminer l'influence de la sai- « gnée sur le plus ou le moins de jours que dure la

« maladie, ou bien sur sa terminaison heureuse ou fa-
« tale ?

« Ces deux points sont très différents et méritent assu-
« rément d'être soigneusement distingués. En effet, de
« ce qu'une méthode thérapeutique n'a pas d'influence
« sur la durée totale d'une maladie, il ne s'ensuit pas
« nécessairement que cette méthode ne favorise pas la
« guérison. On pourrait comparer quelques méthodes
« thérapeutiques à certains procédés opératoires, qui,
« beaucoup plus longs que d'autres, ne leur sont pas
« moins préférables, parce qu'ils mènent plus sûrement
« à bien, qu'ils établissent une guérison plus complète,
« plus certaine et avec moins de chances dangereuses.
« Si vous deviez porter un jugement sur un médicament
« énergique capable de guérir une maladie en quelques
« jours et une méthode plus douce, également efficace
« mais plus longue, vous ne condamneriez pas toujours
« cette dernière à cause de sa lenteur.

« Ainsi donc, Monsieur, vous avez parfaitement rai-
« son quand vous dites que la manière dont vous avez
« employé la saignée dans la pneumonie, n'a dans aucun
« cas jugulé la maladie; mais vous ne pouvez pas aussi
« rigoureusement conclure, de la durée de la maladie,
« quelle a été l'influence des saignées sur le résultat
« final.

« Il est vrai que dans votre premier Mémoire vous pa-
« raissez au premier abord distinguer ces deux points de
« vue ; ainsi après avoir analysé les effets de la saignée
« sur la marche et le cours de la pneumonie, vous passez
« en revue *les faits relatifs aux sujets qui ont succombé.*
« Mais comme les sujets dont vous parlez ont tous été plus
« ou moins saignés, l'influence des émissions sanguines
« sur l'issue de la maladie ne ressort pas de votre ana-
« lyse; car, pour connaître la part que peut prendre la

« saignée à la guérison ; il faudrait comparer les cas où « ce traitement a été mis en usage, à d'autres cas dans « lesquels on ne l'aurait pas employé. Aussi, dans le pa-« ragraphe même concernant les sujets qui ont succombé, « vous occupez-vous moins d'apprécier l'influence ab-« solue de la saignée, que son influence relative à l'épo-« que où elle a été pratiquée durant le cours de la ma-« ladie. Vous dites en effet que sur quarante et un mala-« des, qui tous ont été saignés dans les quatre premiers « jours de la maladie, dix-huit ou les trois-septièmes « environ ont succombé, et que sur trente-six autres « saignés plus tard, neuf ou le quart seulement ont eu le « même sort. Il est donc évident que vous établissez par « ce calcul les effets de la saignée pratiquée à telle ou « telle époque de la maladie, et non son influence absolue « et définitive sur le résultat, sur la terminaison heu-« reuse ou fatale, sur la guérison ou la mort. Et cepen-« dant vous ajoutez un peu plus bas : *mais il ne suffit « pas d'avoir étudié l'effet des émissions sanguines « sur la marche et* SUR LA TERMINAISON *de la pneumo-« nie....*, etc.

« En vous exprimant d'une manière si générale, vous « paraissez, Monsieur, confondre ensemble le résultat « fourni par vos relevés relativement aux effets de la « saignée sur la marche et la durée de la pneumonie, « celui concernant l'influence de ce même traitement sur « l'issue de la maladie, suivant l'époque à laquelle il a été « appliqué, avec l'influence absolue et définitive de la « saignée en général, sur l'issue funeste ou heureuse de « la pneumonie.

« Ces deux choses sont, comme vous le voyez, Mon-« sieur, très différentes l'une de l'autre, et je crois né-« cessaire de les distinguer plus nettement que vous ne « l'avez fait, dans la crainte de voir quelques esprits

« pousser les conséquences de vos calculs plus loin que
« vous ne le faites vous-même.

« Ce n'est pas là le seul endroit de votre brochure où « ces deux points sont confondus ensemble. Ainsi je lis « à la page 46 de votre second chapitre, le passage sui- « vant : Dans les cas dont il s'agit, comme dans ceux « qui ont été analysés dans le chapitre précédent, la sai- « gnée n'a donc exercé une influence un peu marquée sur « la marche des symptômes de la pneumonie, que quand « elle a été pratiquée à une époque assez éloignée du « début de cette maladie; et sans doute, comme je l'ai « déjà dit, parce qu'alors celle-ci était plus ou moins « rapprochée de son terme naturel; tandis qu'elle en était « plus éloignée dans les cas où les premières émissions « sanguines furent pratiquées plus tôt. *Et ces faits, comme « ceux qui sont relatifs à la durée de la pneumonie, dé- « posent des bornes étroites de l'utilité de la saignée dans* « LE TRAITEMENT *de cette affection.*

« Vous prononcez donc encore ici, Monsieur, sur le « *degré d'utilité* de la saignée dans le *traitement* de la « pneumonie; c'est-à-dire, suivant le langage reçu, sur « le résultat de la maladie, d'après l'influence de cette « méthode sur la marche des symptômes, tandis que « lorsqu'un peu plus loin vous en êtes à l'examen du « *tartre stibié*, vous suivez une voie directement opposée.

« En effet, chez les seize malades auxquels ce médi- « cament fut administré, l'affection dura, terme moyen, « *trois jours de plus que celle des sujets qui ne furent pas « soumis à cette médication*. Après avoir expliqué com- « ment il se fait que cette *influence fâcheuse n'est qu'ap- « parente*, vous dites, deux pages plus loin : Ainsi, de « vingt sujets (je crois qu'il n'en faut compter que dix- « neuf) auxquels l'émétique fut donné dans des circons- « tances graves, trois seulement succombèrent; *ce qui*

« *ne peut laisser de doute, ce me semble, sur l'utilité*
« *de l'émétique à haute dose dans le traitement de la*
« *pneumonie.*

« Vous appréciez donc, dans ce cas, les bons effets de
« l'émétique par le résultat final, par le nombre de gué-
« risons qu'il opère sur une quantité de malades donnée,
« et c'est bien en effet de cette façon qu'il faut agir pour
« déterminer la valeur des différents agents thérapeu-
« tiques.

« Il est vrai, Monsieur, que dans le résumé de vos
« deux premiers chapitres, il n'est nullement question
« de la terminaison de la maladie, mais seulement de
« *l'influence de la saignée sur la marche de la pneumo-*
« *nie;* mais il ne suffit pas que vous établissiez négative-
« ment cette distinction, et l'on pourrait vous demander
« de l'exprimer positivement, avec d'autant plus de rai-
« son que plusieurs passages, dans le courant de votre
« brochure, sont très propres à induire en erreur à
« cet égard. Au reste, vous vous exprimez si formel-
« lement sur ce point au commencement de votre cha-
« pitre III, qu'il n'est guère possible de douter que vous
« n'ayez volontairement confondu ce qui est de la marche
« et ce qui est de la terminaison de la maladie dont vous
« venez de parler.

« Ce qu'il nous importe surtout de connaître dans l'his-
« toire des médicaments, dites-vous, ce n'est pas leur
« action immédiate sur notre économie, mais leur action
« thérapeutique, à proprement parler, ou leur influence
« sur *la marche et l'issue* de nos différentes affections.
« Aussi *est-ce le but que je me suis surtout efforcé d'at-*
« *teindre*, dans les deux chapitres précédents, à l'égard
« des émissions sanguines et de l'émétique.

« Et plus loin vous ne parlez plus que de la *marche*, sans
« vous occuper de la *terminaison.*

« J'aborde maintenant, Monsieur, le principal point
« de votre Mémoire. Quel est, selon vous, le résultat pré-
« cis de vos recherches sur les effets de la saignée dans
« la pneumonie ? C'est, dites-vous à la page 51, *que la*
« *saignée n'a que peu d'influence sur la marche de cette*
« *maladie, et que son influence n'est pas plus marquée*
« *dans les cas où elle est copieuse et répétée, que dans*
« *ceux où elle est unique.*

« Je ne crois pas que les faits rapportés dans vos Mé-
« moires suffisent pour tirer une conclusion si générale,
« relativement aux effets des émissions sanguines dans la
« pneumonie.

« La plupart de vos malades ont été saignés deux, trois
« et quatre fois au plus; trois seulement ont été saignés
« cinq fois et un seul sept fois; or, ces quatre cas ne per-
« mettent pas d'établir une règle aussi importante, et de
« juger des effets de la saignée *répétée* dans la pneumonie.
« Nous pouvons donc négliger ces quatre observations,
« et chercher ce qui ressort des autres, dont le nombre est
« assez considérable pour mériter considération.

« Pour moi, je n'y vois nullement que la méthode des
« émissions sanguines en général, et surtout des émissions
« sanguines répétées, ait peu d'influence sur la marche et
« l'issue de la pneumonie. Tout ce que l'on peut dire d'a-
« près vos relevés, c'est que le nombre de deux, trois ou
« quatre saignées dans une pneumonie ne produit pas des
« effets très marqués sur la marche et les symptômes de
« cette maladie; mais pour ce qui est des effets d'un plus
« grand nombre d'émissions sanguines répétées à de courts
« intervalles, plusieurs fois même dans la journée, vos
« relevés ne permettent nullement d'en juger.

« On pourrait donc vous reprocher d'avoir trop géné-
« ralisé, d'avoir trop étendu le résultat de vos expérien-
« ces dont les conséquences n'ont réellement qu'une portée

« plus restreinte. Je sais que vous avez poussé quelque-
« fois, et sans avantage, la saignée jusqu'à la syncope ;
« mais la manière d'agir d'une saignée copieuse n'est pas
« la même que celle de plusieurs saignées moins considé-
« rables répétées à de courts intervalles, et l'on ne peut pas
« conclure de l'une à l'autre.

« Ainsi donc un médecin qui aurait saigné ses pneu-
« moniques, six fois terme moyen, pourrait présenter
« des succès que vous n'avez pas obtenus, et contester,
« avec raison, la règle générale que vous tirez de vos ob-
« servations. On ne peut pas dire en effet que la méthode
« des émissions sanguines soit toujours la même, de quel-
« que manière qu'elle soit appliquée, et ce n'est nullement
« la même chose de saigner une ou deux fois et même
« trois fois par jour dans les premiers temps de la mala-
« die ; ce sont deux modes de traitement fort différents
« l'un de l'autre, et le premier ne prouve rien ni pour ni
« contre le second.

« Cette méthode des émissions sanguines répétées, je l'ai
« vu appliquer, Monsieur, pendant tout le cours de mon
« exercice comme chef de clinique à la Charité, par M. le
« professeur Bouillaud, et je vais vous montrer, par des
« faits que j'ai recueillis moi-même, combien les résultats
« en ont été différents de ceux que vous rapportez.

« Il résulte des relevés que j'ai faits en 1832 et 1833 que
« 23 péripneumoniques ont été traités par cette méthode,
« et sur ce nombre un seul a péri. Toutes ces péripneu-
« monies, ainsi que je le disais dans l'article du *Journal*
« *hebdomadaire* où ces faits sont consignés (Tome XI,
« n° 135), ont été vigoureusement attaquées par des sai-
« gnées copieuses et répétées, par de nombreuses applica-
« tions de sangsues et quelques vésicatoires.

« Je cite ces faits avec d'autant plus de confiance, qu'ils
« ont tous été recueillis par moi, et que personne ne sera

« tenté de m'accuser de complaisance pour M. Bouillaud,
« qui d'ailleurs n'en avait pas besoin. Je n'ai jamais été
« très partisan des émissions sanguines portées très loin,
« et j'étais peu disposé alors à me laisser entraîner sans
« de bonnes raisons ; aussi j'ajoutai dans le même article :
« je dois avouer que l'énergie avec laquelle M. Bouillaud
« a traité ces maladies, m'a plus d'une fois ébranlé, et il
« n'a fallu rien moins que le succès éclatant qu'il a obtenu
« pour me rassurer et me convaincre.

« Je n'ignorais pas les avantages que l'on attribue géné-
« ralement à l'emploi de la saignée dans le traitement de
« la pneumonie, mais la rapidité avec laquelle les émis-
« sions sanguines sont prescrites, le peu d'intervalle que
« M. Bouillaud met entre chacune d'elles, m'ont causé
« plus d'une fois de la surprise et de l'hésitation. Je ne
« veux pas, avec vous surtout, Monsieur, me contenter
« de ces énonciations, un peu vagues, de saignées co-
« pieuses et souvent répétées ; il est bon de mettre un
« peu plus de précision, afin de permettre de mieux ap-
« précier cette méthode.

« Dès le premier jour où il observe le malade,
« M. Bouillaud ne manque jamais, pour peu que la
« pneumonie offre une certaine étendue, de faire pra-
« tiquer une saignée de quatre ou cinq palettes le matin,
« une deuxième semblable dans la soirée, et de faire
« appliquer dans l'intervalle quinze ou vingt sangsues
« sur le côté malade, souvent il remplace les sangsues
« par des ventouses, et chaque ventouse entre les mains
« de M. Lecouteulx, ne donne pas moins de deux à trois
« palettes de sang ; on peut dire que le malade est dans le
« sang toute la journée. Le lendemain, nouvelle saignée
« le matin, souvent une autre le soir, ou au moins une
« émission sanguine locale. Le troisième jour et les jours
« suivants, une saignée chaque matin, de manière que le

« nombre total s'élève ordinairement à quatre, cinq, six
« ou sept, accompagnées de soixante à quatre-vingt
« sangsues, et cela dans l'espace de six à huit jours.

« Assurément, Monsieur, cette méthode est bien dif-
« férente de la vôtre. J'ai eu raison de dire que ce trai-
« tement n'est nullement comparable à celui que vous
« employez; que l'on ne peut pas conclure de l'un à
« l'autre, et que, par conséquent, vous avez trop étendu
« et généralisé votre proposition, en disant d'une ma-
« nière générale, que la saignée n'a que peu d'influence
« sur la marche et la terminaison de la péripneumonie. »

Ainsi, M. le docteur Donné, peu *disposé à se laisser entraîner, sans de bonnes raisons, en faveur de notre méthode*, est cependant convaincu de la supériorité de cette méthode sur celle employée par M. Louis, son ancien maître. Cette supériorité est telle, en effet, que M. Louis lui-même n'en douterait pas un seul instant, s'il l'avait essayée sur une demi-douzaine seulement des différentes phlegmasies graves auxquelles nous l'avons appliquée.

Une chose dont j'ai eu lieu d'être surpris, c'est qu'ayant demandé, au sein de l'Académie de Médecine, la nomination d'une commission d'enquête, M. Louis ait combattu cette demande; car il est de la dernière évidence que, par cette voie, la vérité n'aurait pas manqué de se faire jour. J'aurais vivement désiré que notre célèbre confrère fût au nombre des commissaires; et s'il eût été témoin de la nouvelle série de *péripneumonies* et d'*affections typhoïdes* (entérites typhoïdes), qui toutes (au nombre de trente environ) viennent d'être guéries par la *nouvelle formule* (février et mars 1836), il n'aurait pu s'empêcher de modifier les propositions suivantes, par lesquelles il termine ses premières *recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires*, et il aurait reconnu que le peu d'efficacité des

saignées, dans les cas qu'il a résumés, tenait uniquement à la formule employée. Voici ces propositions :

« *Il résulte des faits exposés dans ce chapitre que la* « SAIGNÉE N'A EU QUE PEU D'INFLUENCE SUR LA MARCHE « DE LA PNEUMONIE, DE L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE ET DE « L'ANGINE GUTTURALE, *chez les malades soumis à mon* « *observation;* que SON INFLUENCE N'A PAS ÉTÉ PLUS « MARQUÉE DANS LES CAS OU ELLE A ÉTÉ COPIEUSE ET « RÉPÉTÉE, QUE DANS CEUX OU ELLE A ÉTÉ UNIQUE ET « PEU ABONDANTE; QU'ON NE JUGULE PAS LES INFLAM- « MATIONS, *comme on se plaît trop souvent à le dire; que* « *dans les cas où il paraît en être autrement, c'est sans* « *doute, ou parce qu'il y a eu erreur de diagnostic, ou* « *parce que l'émission sanguine a eu lieu à une époque* « *avancée de la maladie, quand celle-ci était voisine de* « *son déclin.* » (page 31).

Appliquées aux cas dans lesquels on a fait usage de la nouvelle formule des émissions sanguines, ces propositions sont si énormément erronées, elles sont si directement contraires à ce qui depuis quatre ans s'est passé dans notre service, sous les yeux de nombreux témoins, parmi lesquels on comptait des élèves de M. Louis, qu'en vérité, on ne conçoit pas comment, en 1835, c'est-à-dire trois ou quatre ans après la publication des résultats que nous avons obtenus, M. Louis n'a pas jugé convenable d'expérimenter avant de juger (1).

Quoi qu'il en soit, un jeune médecin, doué d'un

---

(1) Si j'avais eu pour but de traiter ici complétement la question des émissions sanguines, je n'aurais point oublié la méthode des *émissions sanguines locales permanentes*, dont l'heureuse idée appartient à M. le docteur Gama, chirurgien en chef du Val-de-Grâce. Les beaux résultats que M. Gama a obtenus de cette méthode dans les inflammations traumatiques du cerveau déposent, d'ailleurs, comme les nôtres contre les opinions de M. Louis.

talent d'observation peu commun, et auteur d'un excellent *Manuel d'auscultation et de percussion*, M. le docteur Raciborski, a porté sur les *recherches* de M. Louis, un jugement impartial que je vais faire connaître avant de terminer cet article (1).

« Une haute intelligence, un rare talent d'observation,
« un jugement sévère, la bonne foi et la patience, qua-
« lités qui seules font autorité en médecine, et qui sont
« réunies dans la personne de M. Louis, doivent faire
« considérer les résultats obtenus par ce médecin comme
« une chose incontestable. Nous croyons donc qu'une fois
« les résultats connus, aucun médecin ne voudra em-
« ployer le procédé des émissions sanguines, mis en usage
« par M. Louis, dans le traitement des pneumonies. Une
« pareille conduite serait d'autant plus digne de blâme,
« que la science possède aujourd'hui des moyens d'obte-
« nir des résultats bien autrement satisfaisants, résultats
« établis sur des faits nombreux, *calculés* et rangés en
« tableau, d'après la méthode *numérique*. C'est par les
« émissions sanguines encore qu'on obtient ces résultats,
« mais par les émissions sanguines à haute dose, etc. »

---

(1) *Journal hebdomadaire*, avril 1835; *Analyse des recherches sur les effets de la saignée*, etc., par M. Louis.

QUATRIÈME PARTIE.

STATISTIQUE COMPARÉE DU TRAITEMENT DES PRINCIPALES PHLEGMASIES AIGUES,

OU

PARALLÈLE DES RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES DE LA NOUVELLE FORMULE DES ÉMISSIONS SANGUINES AVEC CEUX DES FORMULES GÉNÉRALEMENT ADOPTÉES.

CHAPITRE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES SUR LA MANIÈRE DONT LES FAITS ONT ÉTÉ RECUEILLIS, AINSI QUE SUR NOTRE TACTIQUE THÉRAPEUTIQUE EN GÉNÉRAL ET LA FORMULE DES *saignées générales et locales coup sur coup en particulier.*

§ I.

Dire que les faits dont nous allons offrir plus loin le résumé statistique, ont été recueillis conformément aux règles sévères, à la méthode précise que nous avons exposées dans la seconde partie de cet essai, voilà, ce me semble, une suffisante garantie de leur exactitude, pourvu, toutefois qu'on veuille bien admettre qu'une habitude de quinze à vingt ans nous ait familiarisé suffisamment avec l'application de ces règles et de cette méthode.

Les observations ont été recueillies dans les plus grands détails sur un registre *ad hoc*. C'est sous ma dictée qu'elles ont été pour la plupart écrites par le chef de clinique. Dans les cas où l'observation avait été recueillie par le chef de clinique, au moment même de l'arrivée, les détails en ont été contrôlés le lendemain à la visite. J'insiste sur cette

circonstance, parce que je dois réserver pour moi seul toute la responsabilité des erreurs qui pourraient s'être glissées dans la collection des faits (1).

Ce serait tomber dans les plus fastidieuses répétitions que de justifier par des détails ce que je viens de dire de la méthode générale qui a présidé à la collection de nos observations. J'ajouterai seulement que les altérations anatomiques, dans les cas mortels, ont été écrites sur le registre d'observation, à l'amphitheâtre même, sous ma dictée, comme les symptômes avaient été écrits au lit des malades.

Je n'ai rien négligé pour m'assurer que les succès obtenus par nous ne pouvaient réellement s'expliquer que par la méthode employée. J'avais étudié, pendant plus de quinze ans, les effets des méthodes généralement suivies, et il est pour moi aussi clair que le jour que c'est dans les mêmes cas où j'avais été autrefois témoin d'une grande mortalité qu'aujourd'hui nous ne perdons presque pas de malades. Néanmoins, je ne m'en suis pas tenu à mes études antérieures; j'ai vérifié autant que j'ai pu mes résultats en les comparant directement avec ceux de quelques-uns de mes confrères, et je n'ai pas manqué de consulter des élèves instruits ou des médecins éclairés sur la différence de mortalité qui existait dans notre service et dans ceux où les malades étaient traités autrement. Or, tous ceux à qui j'ai demandé ces éclaircissements ont affirmé, de la manière la plus positive, qu'ils avaient vu périr dans d'autres services beaucoup de malades que nous guérissons dans le nôtre.

---

(1) Quant à l'exactitude des excellents résumés publiés depuis trois ans par M. le docteur Jules Pelletan, chef de clinique, je m'en constitue aussi le garant. Mais à M. Pelletan appartient tout le mérite de la rédaction de ces comptes rendus.

§ II.

La thérapeutique est une véritable guerre contre les maladies. Il fallait, autant que possible, soumettre à des règles ce genre de guerre, il fallait en formuler la *tactique*. Cette tactique thérapeutique devait être modifiée selon une foule de circonstances, telles que la nature de la maladie, son intensité, son siége, son état de simplicité et de complication, l'âge, la force, le tempérament, le sexe des malades, etc., etc., à peu près comme dans la *tactique* proprement dite, les principes généraux doivent être accommodés aux accidents de position, de terrain, à l'espèce d'ennemi, à son nombre, etc.

Dans les maladies aiguës en général, qui attaquent vivement et énergiquement la vie jusque dans ses fondements, il était nécessaire de faire agir des moyens proportionnés à la maladie sous le double point de vue de la *force* et de la *rapidité* de l'attaque. Les moyens généralement employés jusqu'ici nous parurent bien au-dessous de ce qu'on était en droit d'exiger de l'art. En conséquence, sous ce double rapport, nous essayâmes, avec toute la prudence que réclamait une si grave innovation, de perfectionner cette importante partie de la science. Le principe fondamental de notre *tactique thérapeutique*, celui qui domine tout le reste, c'est que, dans les maladies aiguës, il faut déployer vivement, *coup sur coup*, les divers moyens dont se compose notre arsenal thérapeutique, attaquer, pour ainsi dire, l'ennemi sur tous les points à la fois, et particulièrement sur le point le plus exposé, le charger sans relâche, ne pas lui laisser un repos pendant lequel il peut se relever, le poursuivre à outrance, jusqu'à ce qu'il ait abandonné le terrain, et que le thérapeutiste ait épuisé toutes les ressource disponibles dans un cas donné.

Depuis quatre ans que nous avons livré cette rude

guerre aux phlegmasies aiguës, dont il sera question dans les relevés suivants, il semble vraiment que nous soyons entrés dans un nouveau monde. Ces maladies ne se jouent plus du médecin et de ses moyens, comme du temps de MM. Louis et Chomel. En présence d'une foule d'élèves et de plusieurs confrères, nous avons, au lit même des malades, et le livre de M. Louis à la main, examiné les assertions de ce praticien sur le peu d'efficacité des émissions sanguines dans les maladies qu'il a indiquées, et tout le monde a été profondément convaincu que ces assertions, applicables seulement aux faibles et molles saignées de M. Louis, sont réfutées, de la manière la plus heureuse et la plus évidente, par les cas si nombreux dans lesquels nous avons mis en usage notre formule des émissions sanguines coup sur coup. Grâce à cette formule vraiment *toute puissante*, c'est une chose merveilleuse (cette expression est dans la bouche de tous ceux qui en ont vu les effets), c'est, dis-je, une chose merveilleuse que la rapidité avec laquelle les plus graves phlegmasies, prises à une époque assez voisine de leur début, ont été vaincues et *jugulées*. Aussi, dans notre service, le passage d'une phlegmasie aiguë à l'état chronique est-il à peu près inconnu, passage si commun dans les services où les saignées ne sont employées qu'à une dose insuffisante.

J'en appelle à tous ceux qui ont été témoins de notre pratique, et pour lesquels la médecine n'est pas une affaire de science seulement, mais aussi une affaire de conscience : qu'ils nous disent ce qu'ils pensent de la méthode *classique ou ordinaire* des émissions sanguines comparée à celle que nous lui avons substituée (1) !

(1) Les principaux moyens *adjuvants* dont nous avons fait usage dans les maladies que nous avons combattues par la formule des émissions sanguines coup sur coup, sont les révulsifs tant internes qu'externes, mais sur-

Mais voilà assez de réflexions générales sur la méthode que nous suivons ; il est temps de mettre sous les yeux du

---

tout les externes *, des bains, soit simples, soit chlorurés, des cataplasmes, fomentations, quelquefois la compression.

La diète absolue pendant tout le temps que persiste la réaction fébrile est pour nous une chose de rigoureuse nécessité, et quand nous commençons à nourrir les malades, nous y procédons avec toute la réserve, la prudence, la mesure, la graduation que réclament les circonstances. L'alimentation des malades n'exige pas les mêmes précautions, la même sévérité dans toutes les maladies. Ainsi, par exemple, dans la convalescence d'une pleurésie, d'une pleuro-pneumonie, d'un rhumatisme articulaire aigu, nous élevons plus rapidement la dose des aliments que dans la convalescence de la maladie dite *fièvre typhoïde*. La raison en est facile à comprendre ; c'est que cette dernière maladie siége essentiellement et primitivement dans le tube digestif, tandis que dans les autres, cet appareil ne souffre que sympathiquement. Rien n'est plus difficile à bien conduire que la convalescence de certains sujets affectés de cette forme d'inflammation du tube digestif à laquelle on a si malheureusement donné le nom générique de fièvre ou affection typhoïde.

Je n'ai pas besoin de répéter que sans une précision, une exactitude presque mathématique dans le diagnostic, on ne peut appliquer convenablement notre formule. Il faut suivre de l'œil, du doigt et de l'oreille, l'état du malade, afin de ne pas frapper un ennemi qui n'existe pas et de ne pas épargner un ennemi qui existe réellement. Malheur à celui qui combat une maladie, les yeux fermés, c'est-à-dire sans l'avoir bien reconnue !

Nous ne saurions trop le répéter aux jeunes praticiens : pour apprendre une méthode, il faut la voir appliquer souvent. C'est pourquoi nous leur recommandons expressément la fréquentation assidue des cliniques. Cette condition est surtout indispensable pour une méthode aussi énergique que la nôtre. Nous les conjurons de ne point dépasser les bornes que nous lui avons assignées et de ne pas oublier de lui faire éprouver les modifications exigées par les circonstances particulières que nous avons déjà si souvent indiquées. Nous savons que l'exagération perd les meilleurs choses, et qu'en poussant une doctrine au-delà de son élasticité naturelle, elle se

* Dans plus de 500 cas, nous avons eu recours aux vésicatoires, et nous affirmons, de la manière a plus formelle, qu'employés après les émissions sanguines telles que nous les pratiquons, ils n'entraînent aucun des inconvénients que M. Louis leur a reprochés. D'ailleurs, ils ne constituent pour nous, encore une fois, que des *adjuvants*, des *auxiliaires*.

lecteur les pièces du grand procès thérapeutique, qui s'agite depuis quelque temps, et de vaincre avec leurs propres armes, c'est-à-dire avec les chiffres, les antagonistes de la formule nouvelle (1).

On croira, sans peine, j'ose l'espérer, qu'en montrant ainsi la supériorité de notre méthode sur celle employée par quelques-uns de nos confrères, nous n'avons été animé que d'un vif amour de la vérité. Si nos recherches étaient prises en mauvaise part, ce serait bien mal les comprendre et les juger. La crainte qu'il n'en soit ainsi, était, nous l'avouons, le seul obstacle qui pût nous retenir; mais fort de notre conscience, nous n'avons pas dû reculer même devant une accusation à laquelle nous serions profondément sensible. A défaut de la justice du moment, nous comptons au besoin sur la justice d'un temps meilleur, et ce temps ne saurait être très éloigné.

Je n'ai pas pour but de comparer la mortalité générale de notre service avec celle des autres services, parce qu'un pareil parallèle exigerait des volumes, et que, d'ailleurs, ce qu'il m'importe pour le moment de signaler c'est le triomphe d'une formule qui ne s'applique qu'à une catégorie déterminée de maladies. Dans la note ci-après, on trouvera le chiffre de la mortalité ordinaire à l'Hôtel-Dieu de Paris, tel qu'il a été indiqué dans un relevé statistique

---

brise. Nos adversaires le savent bien ; aussi ne manquent-ils pas de supposer l'exagération là où elle n'existe pas, et triomphent ainsi, *en apparence*, pour quelque temps.

(1) J'ajouterai seulement ici que pour apporter plus de précision encore dans la mesure du sang retiré par les saignées locales, nous avons, depuis deux ans, employé presqu'exclusivement les ventouses scarifiées. Par leur moyen, nous avons pu mesurer le volume, peser la quantité du sang fourni par les saignées locales. Dans les cas où nous avons prescrit les sangsues, nous avons évalué à trois palettes approximativement la quantité de sang retirée par l'application de trente sangsues.

de M. le docteur Montault, relevé que nous aurons occasion de citer plusieurs fois plus loin (1).

(1) « Année courante, on reçoit à l'Hôtel-Dieu 13,000 malades, et sur « ces 13,000 il en meurt environ 2,000, c'est-à-dire à peu près 1 sur 6 1/2 « ou 7. C'est aussi là ce qui résulte des tableaux statistiques qui précè- « dent : des 1,649 malades entrés, de même que des 286 morts, je déduis « 110 malades comme se rapportant à des individus mourants ou voués à « une mort certaine ; le chiffre de la mortalité est donc :

1539 | 176

$8\frac{131}{176}$, c'est-à-dire un sur 8 environ. »

L'opération de M. Montault n'est peut être pas bien fondée. En effet, dans les autres services, on aurait été probablement autorisé à faire aussi la *déduction des malades mourants ou voués à une mort certaine*, et alors le chiffre de la mortalité eut baissé. En 1822, j'ai recueilli les observations des 1,526 malades qui furent admis à l'Hôpital Cochin où j'étais interne, et sans faire aucune déduction pareille à celle de M. Montault, bien que j'y fusse autorisé par les mêmes motifs que lui, le chiffre de la mortalité ne s'éleva qu'à 1 sur 8 ou 9, ainsi qu'en font foi les tableaux statistiques que j'adressai au bureau central des hôpitaux. Après avoir exposé le chiffre de la mortalité dans le service dont il a rendu compte, M. Montault ajoute : « Est ce bien réellement à la différence dans le traite- « ment qu'on doit rapporter les résultats plus avantageux qu'on obtient « dans d'autres établissements ? » M. Montault ne paraît pas disposé à répondre à cette question par l'affirmative. Ce jeune confrère, dont le talent observateur et la bonne foi nous sont parfaitement connus, ne doutera plus de l'immense influence du traitement sur la diminution de la mortalité, quand il aura comparé nos résultats à ceux dont il a été témoin ailleurs. Si les tableaux suivants ne suffisaient pas pour l'en convaincre, les deux années de chef de clinique qu'il va passer dans le service dont je suis chargé, ne lui permettront plus de conserver le moindre doute à cet égard *.

* On peut voir par les comptes rendus publiés par M. Jules Pelletan, chef de clinique, dans divers cahiers du *Journal hebdomadaire*, que la mortalité générale dans notre service, sans aucune *déduction*, n'est pas supérieure à celle indiquée par M. Montault, *déduction faite de 110 morts sur 286*, c'est-à dire de plus du tiers. En faisant une semblable déduction, le chiffre de notre mortalité ne serait pas de 1 sur 8, mais à peu près zéro ; c'est bien alors du moins que nous pourrions dire *la guérison est la règle, et la mort, l'exception.*

CHAPITRE PREMIER.

PARALLÈLE ENTRE LES RÉSULTATS OBTENUS PAR LE TRAITEMENT ORDINAIRE DE LA PLEURO-PNEUMONIE ET CEUX OBTENUS PAR LA FORMULE DES ÉMISSIONS SANGUINES COUP SUR COUP.

ARTICLE PREMIER.

Résultats de l'ancienne méthode.

Dans son article *Pneumonie* du *nouveau Dictionnaire de médecine*, M. Chomel évalue au quart environ, la mortalité de la pneumonie traitée dans les hôpitaux.

D'un autre côté, il résulte d'un relevé de M. Louis, que sur 123 pneumoniques traités dans le service de M. Chomel, la mortalité a été de 40, c'est-à-dire d'environ le tiers des malades, « *Mortalité énorme*, ajoute M. Louis, et *qui est à peu près la même que celle qui a lieu dans les fièvres typhoïdes.* »

Sur 90 individus affectés de pneumonie, qui furent reçus en 1829, dans le service de M. Guéneau de Mussy, à l'Hôtel-Dieu, 38 succombèrent (1). Ainsi donc, la mortalité dépassa les deux cinquièmes.

Dans le courant de l'année 1822, nous reçûmes à l'hôpital Cochin, dont M. Bertin était le médecin et où j'étais alors interne, 63 individus atteints de pleuro-pneumonie. 16 succombèrent, c'est-à-dire que la mortalité fut presque exactement d'un quart.

Il résulte d'un relevé publié par M. Cayol lui-même,

---

(1) *Recherches et tableaux statistiques sur la mortalité* qui a régné parmi les 1,649 malades reçus, en 1829, à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service de M. Guéneau de Mussy ; par M. Montault, interne de ce service (*Journal hebdomadaire*, tome II, 1831).

(2) Dans ses *recherches sur les effets de la saignée*, publiées en 1835, M. Louis réduit à 78 les individus atteints de pleuro-pneumonie, qui seront le sujet de son analyse. De ces 78 individus qui tous étaient dans un

que sur 24 péripneumoniques reçus dans son service, lorsqu'il professait la clinique à la Charité, 6 succombèrent. La mortalité a été par conséquent de 1 sur 4, comme dans le service de M. Bertin, à l'hôpital Cochin.

Si nous faisons maintenant l'addition des pneumoniques traités dans les quatre services dont il vient d'être question, nous obtenons un total de 300, parmi lesquels on compte 100 morts. La mortalité fut donc exactement du tiers des malades. On peut considérer ce chiffre comme étant l'expression de la mortalité de la pneumonie traitée dans les hôpitaux de Paris par des médecins dont plusieurs ont fait justement jusqu'ici autorité en matière de pratique.

On dira peut-être que la mortalité n'est pas aussi élevée dans tous les services. Il serait assez singulier que toutes les choses étant d'ailleurs égales le *maximum* de la mortalité se rencontrât dans les services des praticiens les plus distingués de la capitale. Au reste, c'est là une question de statistique qu'il est facile de résoudre, en fréquentant les divers services où la pneumonie est traitée par la méthode généralement usitée avant celle que nous proposons.

Croit-on qu'on obtiendrait des résultats plus avantageux, en recourant à la méthode rasorienne? Les faits publiés par M. Laënnec, dans la dernière édition de son ouvrage, sembleraient favorables à cette opinion. Voici ce que dit cet auteur. « En 1824, j'ai traité par le tartre stibié « 28 pneumonies simples ou compliquées d'un léger « épanchement pleurétique: tous les malades ont guéri, « excepté un septuagénaire, qui prit peu de tartre stibié « parce qu'il le supportait mal; et cependant la plupart de « ces cas étaient fort graves. Dans le cours de la présente « année (1826), j'ai traité 34 pneumoniques, dont 5

état de santé parfaite au début de la maladie, 28 succombèrent, c'est-à-dire que la mortalité s'éleva au-dessus du tiers des malades.

« ont succombé ; mais de ce nombre il faut retirer deux « femmes, l'une de 59 ans, l'autre de 69, apportées ago- « nisantes à l'hôpital où elles expirèrent au bout de peu « d'heures, et chez lesquelles on a pu à peine administrer « deux ou trois doses de la potion stibiée. Le troisième « sujet était un jeune homme attaqué d'une maladie du « cœur à laquelle il a succombé, dans la convalescence de « la pneumonie. Le quatrième a succombé à une pleurésie « chronique, dans la période de résolution d'une pneumo- « nie subaiguë. Les deux premiers sujets ne doivent par « conséquent pas entrer en ligne de compte pour apprécier « les effets du tartre stibié ; les deux derniers sont plutôt « des preuves en faveur de son efficacité contre la pneu- « monie. Reste un vieillard de 72 ans qui a succombé au « dixième jour d'une pneumonie avec congestion céré- « brale, de sorte qu'en dernier résultat, sur un total de « 57 pneumoniques, 2 septuagénaires seulement ont » succombé à cette maladie jointe à une congestion céré- « brale ; c'est un peu moins de 1 sur 28 ».

Voilà, sans doute, un résultat bien séduisant ; mais les documents suivants ne sont pas aussi favorables à la pratique de M. Laënnec, et d'après eux, nous pouvons affirmer que s'il est un moyen de faire tomber le chiffre de la mortalité bien au-dessous du tiers dans la pneumonie, ce n'est pas dans le tartre stibié à haute dose qu'on le trouvera.

Premier document. M. Lagarde, attaché au service de M. Laënnec, a publié seize cas de péripneumonie traitée par la méthode indiquée, parmi lesquels cinq se terminèrent par la mort, ce qui donne environ un mort sur trois malades.

Second document. Ce second document que je dois au zèle consciencieux de M. Lecouteulx, chargé de tenir les cahiers de visites de M. Laënnec, mérite de fixer l'attention des lecteurs.

TABLEAU *exact des Guérisons et des Décès parmi les péripneumoniques reçus dans le service de M. le prof. Laënnec dans les années 1825 et 1826; par M. Lecouteulx, aide de Clinique à l'hôpital de la Charité.*

Du 1er janvier 1825 au 31 août même année, il est entré 17 péripneumonies dont voici le Tableau.

PROFESSION.	AGE.	SÉJOUR.	MORTS.
HOMMES.			
Maçon.	18	20	1
Boucher.	0	16	1
Domestique.	29	9	1
Tabletier.	24	7	1
Étud. en Médecine.	36	27	1
Marchand de vin.	38	14	0
Charbonnier.	26	22	0
Journalier.	25	16	0
Tailleur.	19	15	0
Porteur d'eau.	21	116	0
TOTAL. . . .			5 morts sur 10 h.
FEMMES.			
Domestique.	31	2	1
Couturière.	17	11	1
Domestique.	32	10	1
Blanchisseuse.	69	2	1
Cuisinière.	30	23	0
Polisseuse.	32	15	0
Domestique.	36	25	0
TOTAL.			4 morts sur 7 f.

Du 1er janvier 1826 au 1er juillet (1), il est entré 13 péripneumonies dont voici le Tableau.

PROFESSION.	AGE.	SÉJOUR.	MORTS.
HOMMES.			
Remouleur.	28	25	0
Chapelier.	31	56	0
Journalier.	37	9	1
Domestique.	50	52	0
Cocher.	23	10	0
Palfrenier.	22	33	1
Maçon.	19	12	0
Maçon.	19	16	0
Menuisier.	23	49	0
Charretier.	33	18	0
TOTAL. . . .			2 morts sur 10 h.
FEMMES.			
Cuisinière.	25	11	1
Cuisinière.	39	47	0
Passementière.	33		0
TOTAL. . . .			1 mort sur 3 f.

(1) Le relevé n'a pas été fait jusqu'au 31 août, M. Laënnec s'étant alité dans le mois de juillet, et ayant succombé le 13 août 1826.

En résumé, sur 30 péripneumonies dont M. Lecouteulx

a fait le relevé, il y en a eu 12 de mortelles, c'est-à-dire que la mortalité a été exactement des deux cinquièmes des malades. Ce relevé, rédigé sur les cahiers de visite que M. Lecouteulx tient depuis une quinzaine d'années, doit, je le répète, être recommandé à l'attention du lecteur impartial. Ce n'est pas, on le pense bien, pour porter la moindre atteinte à la véracité d'un illustre obsevateur, dont personne plus que nous ne respecte la mémoire, que l'on publie ce tableau contradictoire, mais uniquement pour prouver que M. Laënnec aura fait ses relevés sur des notes peu exactes.

Voici les conclusions que M. Louis a tirées de l'analyse de ses 78 cas de pleuro-pneumonie, relativement aux émissions sanguines.

« Ainsi, l'étude des symptômes généraux et locaux, la « mortalité et les variations de la durée moyenne de la « pneumonie, suivant l'époque à laquelle les émissions « sanguines furent commencées, tout dépose des bornes « étroites de l'utilité de ce moyen de traitement, dans la « pneumonie. En obtiendrait-on de plus grands résultats, « si, comme c'est d'usage en Angleterre, on portait la « première saignée des pneumoniques jusqu'à la syncope? « Cette pratique mérite d'être éprouvée; mais son grand « succès me semble douteux; vu que plusieurs des ma- « lades dont j'ai receuilli l'histoire et qui ont succombé, « furent assez largement saignés, entre autres celui dont « la première évacuation sanguine eut lieu le premier « jour de l'affection, et qui n'en mourut pas moins le « sixième; la veine ayant été ouverte cinq fois, et la quan- « tité de sang perdue, de 12 à 16 onces chaque fois (1).

(1) Dans le chapitre 2 de ses *recherches*, intitulé : *faits nouveaux, relatifs à l'effet des émissions sanguines dans les maladies aiguës*, M. Louis ajoute en ce qui concerne la pneumonie : « Depuis la publication du mé- « moire qui fait le sujet du chapitre précédent, j'ai observé à l'Hôpital de

ARTICLE II

Résultats de la méthode nouvelle.

§ I.

Sur 152 individus atteints de pleuropneumonie, qui ont été reçus dans les services dont j'ai été chargé, depuis le mois de septembre 1831, jusqu'au 20 mars 1836, 18 seulement ont succombé.

La mortalité a donc été de $\frac{152}{18} = 8\frac{4}{9}$, c'est-à-dire de 1 sur 8 à 9, au lieu de 1 sur 3 environ comme dans les relevés indiqués plus haut.

Cette différence est vraiment énorme, puisque sur 300,000 péripneumoniques, par exemple, on en sauverait 65,000 de plus que par la pratique ordinaire.

Au reste, pour avoir une juste idée de la toute puissance de la formule des émissions sanguines coup sur coup dans les cas ci-dessus, il est bon de savoir que presque tous ceux qui ont succombé, auraient été certainement sauvés, s'ils fussent entrés plus tôt à l'hôpital (quel-

---

« la Pitié, un grand nombre de malades atteints de pneumonie.... Et bien « que, dans les phlegmasies du parenchyme pulmonaire, j'aie assez fré- « quemment fait faire des saignées de 20 à 25 onces et au-delà, ou jusqu'à « la syncope; je n'ai vu ces phlegmasies jugulées dans aucun cas. Je crois « même que les émissions sanguines, quoique généralement plus larges « que celles qui étaient d'usage à l'Hôpital de la Charité, à l'époque où j'y « observais, n'ont pas eu un succès beaucoup plus marqué. » Suit l'analyse de 29 cas de pneumonie, dont 4 sont relatifs à des sujets qui succombèrent. Ici la mortalité ne fut donc que d'un septième, et non de plus du tiers comme dans le relevé précédent, différence que M. Louis paraît attribuer à l'administration de l'émétique à haute dose, chez les malades du dernier relevé, et peut être aussi à ce que *si les saignées furent généralement moins nombreuses chez les sujets traités à la Pitié que chez les autres, chacune d'elle fut plus copieuse, la première surtout.*

ques-uns sont morts au moment même de leur entrée, avant que je ne les eusse vus).

Voici, d'ailleurs, quelques détails sur les 12 malades qui succombèrent parmi les 102 dont j'ai donné l'analyse dans l'article pneumonie du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

Un des malades de cette catégorie, couché au nº 9 de la salle St.-Jean-de-Dieu, était arrivé au 2e ou 3e septenaire de la maladie et dans un marasme squelettique tel, qu'à peine si nous osâmes le saigner une seule fois. Il fut le sujet d'une des leçons de M. le docteur Dalmas pour le concours à la chaire de clinique vacante par la mort de M. le professeur Leroux. M. Dalmas, ainsi que tous ceux qui avaient vu le malade, considéra son état comme étant entièrement désespéré.

Un 2e malade, atteint d'une double pneumonie, après avoir été saigné deux fois, refusa opiniâtrement de nouvelles saignées, et c'est un de ceux auxquels l'oxyde blanc d'antimoine fut administré par suite du refus des saignées.

Le 3e cas a pour sujet une femme qui mourut le jour même de son entrée, sans traitement. La pneumonie était au troisième degré.

Un 4e pneumonique succomba aussi sans traitement. Arrivé dans la soirée, il était mort le lendemain de son entrée, au moment de la visite, en sorte que je ne le vis qu'à l'amphithéâtre.

Un 5e succomba 36 heures après son entrée, et partant sans avoir subi aucun traitement complet.

Un 6e, traité par les saignées et l'oxyde blanc d'antimoine combinés, avait une pneumonie aiguë, entée sur une pleurésie chronique, avec carie des côtes, etc.

Chez un 7e, la pneumonie datait de 8 à 12 jours au moment de l'entrée, et se trouvait compliquée de délire et autres phénomènes ataxiques.

Chez un 8e, la pneumonie était double, parvenue au 8e jour et compliquée d'une diarrhée que le malade attribuait à une potion émétisée qu'il avait prise chez lui.

Des huit malades morts dont nous venons de parler, aucun, en conscience, hors celui, peut-être, qui refusa les saignées, ne pouvait être sauvé que par un miracle.

Quant aux quatre autres cas qui complètent le chiffre de notre mortalité (12 sur 102), bien que leur état fut des plus graves, comme ils ont été soumis à notre méthode pratiquée dans toute sa plénitude, ils doivent naturellement compter parmi les péripneumonies contre lesquelles elle a échoué.

§ II.

Les tableaux suivants et les remarques dont ils sont accompagnés feront connaître le traitement qui a été employé dans chacun des cas qui s'y trouvent compris, la durée de la maladie, etc., etc. (1).

On y verra surtout que la dose des émissions sanguines n'a pas été la même dans tous les cas. On croira facilement, en effet, que dans les cas ou deux ou trois émissions sanguines suffisent pour conduire la maladie à une heureuse terminaison, nous nous gardons bien d'en faire davantage (2).

---

(1) Pour cette maladie, comme pour celles dont il sera question dans les chapitres suivants, le débnt de la maladie a été fixé à l'époque où se sont manifestés les symptômes vraiment caractéristiques, et la guérison commençante ou la convalescence a été datée de l'époque où la fièvre ayant complétement cessé, les malades ont pu supporter quelques légers aliments sans en être incommodés.

(2) Chaque saignée est de 4 palettes, terme moyen, et chaque application de ventouses scarifiées, de 3 palettes environ.

TABLEAU DE LA PREMIÈRE SÉRIE,

COMPRENANT 17 PÉRIPNEUMONIQUES (TOUS GUÉRIS),

Admis du 2 avril au 25 mai 1833.

NUMÉROS.	SAIGNÉES.	VENTOUSES SCARIF.	SANGSUES.	VÉSICATOIRES.	DURÉE ET ÉPOQUE de la guérison.
SALLE SAINT-JEAN (hommes).					
1	6	1	57	1	24 jours.
2	2	»	30	1	5
5	1	»	30	»	11
6	4	2	34	1	11
9	4	2	52	»	14
10	6	2	25	1	11
13	6	1	57	1	12
13	4	4	55	1	12
16	4	2	61	1	23
16	5	»	87	»	»
21	6	2	50	1 1 cat. h. de crot.	18
23	3	2	30	1	8
24	2	2	6	»	6
25	5	2	50	» 1 cat. h. de crot.	8
25	4	6	20	1	8
26	2	4	»	»	8
SALLE SAINTE-MADELEINE (femmes).					
4	3	4	47	1	13

Ce qui donne pour terme moyen du traitement pour chaque péripneumonique : 4 saignées, 2 ventouses scarifiées, 40 sangsues, 1 vésicatoire, onze fois sur dix-sept, et pour moyenne de la durée de la maladie, dix jours.

TABLEAU DE LA DEUXIÈME SÉRIE,

COMPRENANT 14 PÉRIPNEUMONIQUES,

Admis du 25 mai au 31 août 1833.

NUMÉROS.	Saignées.	VENTOUSES SCARIFIÉES.	Sangsues.	Vésicatoires.	SINAPISMES, etc.	DATE de la guérison ou de la mort.
SALLE SAINT-JEAN (hommes).						
3 (2e au 3e degré).	5	»	60	»	2	guéri 9e j.
6 (1er au 2e degré).	4	»	40	»	»	id. 4e
9 (1er au 2e degré).	5	»	40	1	»	id. 10e
9 (1er au 2e degré).	3	»	50	»	»	id. 14e rec.
10 (légère).	2	»	25	»	»	id. 4e
11 (1er au 2e degré).	7	2 applic.	30	1	»	id. 23e
17 (2e au 3e degré).	8	»	101	2	2 purg.	id. 21e rec.
18 (2e au 3e degré).	3	»	83	1	3 purg.	id. 11e
18 (1er au 2e degré).	1	2 applic.	»	»	»	id. 8e
19 (3e degré).	5	»	70	3	opiac. lav. — laud. — Kerm. — Sinap.	id. 12
19 (1er au 2e degré).	2	4 applic.	»	1	»	id. 11e
22 (3e degré).	4	2 applic.	»	3	oxyd. bl d'ant.	mort 4e
26 (2e au 3e degré).	5	2 applic.	54	1	»	guéri 9e
26 (1er au 2e degré).	5	2 applic.	30	1	»	id. 5e

Ce qui donne pour terme moyen du traitement : 4 saignées, 45 sangsues, 1 ventouse scarifiée, 1 vésicatoire, et pour moyenne de la durée de la maladie, dix jours.

Il est à remarquer que ces résultats sont presque identiques avec ceux signalés dans le précédent tableau. En effet, si l'on veut les comparer, on verra que la seule différence existe dans le nombre des ventouses qui, dans le premier tableau, était de deux au lieu d'une, terme moyen. Mais cette différence peut, jusqu'à un certain point, être considérée comme nulle, puisque la quantité moyenne des sangsues est de 45 à 46 dans cette série, tandis que dans la première, elle était de 40 seulement.

TABLEAU DE LA TROISIÈME SÉRIE,

COMPRENANT 14 PÉRIPNEUMONIQUES,

Admis dans le mois d'avril 1834.

NUMÉR.	SAIGNÉES.	SANGSUES.	VENTOUSES SCARIFIÉES.	VÉSICATOIRES.	PURGATIFS, etc.	DURÉE ET TERMINAISON de la Maladie.
			SALLE SAINT JEAN (hommes).			
7	9	50	2 applic.	1	9 gttes. de crot.	guéri 14e j.
11	5	30	»	1	»	*id.* 18e
12	4	30	»	»	»	*id.* 6e
12	5	20	2 *id.*	»	»	*id.* 7e
14	2	50	2 *id.*	1	»	*id.* 8e
16	6	25	2 *id.*	1	»	*id.* 10e
17	5	46	»	1	»	*id.* 9e
18	6	25	3 *id.*	1	»	*id.* 14
20	4	35	5 *id.*	1	»	*id.* 7e
21	4	25	3 *id.*	1	»	*id.* 8e
23	3	30	»	»	»	*id.* 4e
23	7	25	2 *id.*	»	»	mort.
25	3	25	»	»	»	guéri 3e
			SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).			
5	3	»	2 *id.*	»	9 pil. de bellost.	*id.* 7e

Ce qui fait, terme moyen : 4 à 5 saignées, 32 sangsues, 1 ventouse scarifiée, un vésicatoire, huit fois sur quatorze, et deux fois un purgatif. La durée de la maladie a été, terme moyen, de huit jours.

Ces résultats diffèrent peu de ceux qui ont été obtenus dans les deux précédents tableaux.

TABLEAU DE LA QUATRIÈME SÉRIE,

COMPRENANT 4 PÉRIPNEUMONIQUES,

Admis pendant le mois de mai 1834.

NUM.	SAIGNÉES.	SANGSUES.	VENTOUSES SCARIFIÉES.	VÉSICATOIRES.	DURÉE ET TERMINAISON de la Maladie.
			SALLE SAINT JEAN (hommes).		
8	2 (4 pal.)	25	2 (applic.)		6 jours.
8	5	»	2 *id.*	1 (8 p. de dia.)	mort.
12	2 (4 pal.)	25	2 *id.*		6 jours.
			SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).		
5	6 (4 pal.)	32	2 *id.*	1 (8 p. de dia.)	6 jours.

TABLEAU DE LA CINQUIÈME SÉRIE,

COMPRENANT 8 PÉRIPNEUMONIQUES,

Admis dans les mois de juin, juillet et août 1834.

NUM.	SAIGNÉES.	SANGSUES.	VENTOUSES SCARIFIEÉS.	VÉSICATOIRES.	DURÉE ET TERMINAISON de la Maladie.
			SALLE SAINT JEAN (hommes).		
7	4 (4 pal.)	20	»	2	guér. 9e j.
10	3 (3 à 4 pal.)	»	1 appl. 3 pal.		
10	»	»			
12	3 (3 à 4 pal.)	»	1 *id.* 3 pal.	très large vésicatoire oxyde blanc d'ant.	
13	4 (4 pal.)	30	2 *id.* 3 pal.	1 (large).	*id.* 13
22	3 (4 pal.)	20	2 *id.*	1	*id.* 5
26	4 (3 à 4 pal.)	»	2 *id.*	1 (large).	mort 11
			SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).		
11	5 (3 pal. 1/2).	50	1 *id.* 2 à 3 pal.		guér. 12

Ce relevé donne pour terme moyen : 3 à 4 saignées, 15 sangsues, 1 application de ventouses scarifiées et 1 vésicatoire, terme moyen qui ne diffère guère de celui des précédents relevés.

Le total des saignées des 57 péripneumoniques compris dans les séries précédentes, auxquels la méthode des émissions sanguines a été appliquée, s'élève à 230, ce qui fait environ 805 palettes. La moyenne des saignées est donc de 4 $\frac{2}{57}$.

La somme des sangsues employées est de 1,151.

Par conséquent la moyenne est de 22.

Le total des applications de ventouses scarifiées est de 52 sur 57 malades.

La quantité de sang retirée par les saignées (de 3 à 4 palettes) est de 201 livres, en représentant par une livre quatre palettes de sang, évaluation sensiblement exacte.

La quantité de sang enlevée par les sangsues est de 27 à 28 livres, en évaluant à une livre la perte de sang opérée par 40 sangsues.

La quantité de sang soustraite par les applications de ventouses (2 à 3 palettes chacune), est de 120 palettes ou 30 livres.

La somme totale du sang enlevé par les saignées, les sangsues et les ventouses scarifiées est donc de 258 à 259 livres. Donc aussi, chaque péripneumonie a dépensé, terme moyen, environ 4 livres et 9 à 10 onces de sang, quantité qui ne s'élève pas tout-à-fait au double de celle fixée approximativement par Sydenham, pour le traitement d'une pleuro-pneumonie *confirmée*.

Le *minimum* des émissions sanguines chez les malades inscrits sur les précédents tableaux, a été d'une saignée du bras et de trente sangsues, c'est-à-dire d'environ 1 livre 12 onces.

Le *maximum* a été de 9 saignées du bras, 50 sangsues, et 2 applications de ventouses scarifiées, c'est-à-dire d'environ 10 livres de sang.

Sur 51 malades dont l'époque de la guérison a été indiquée dans les tableaux, il y en a 12 chez lesquels cette

guérison a eu lieu du 3ᵉ au 6ᵉ jour (chez un le 3ᵉ jour, chez trois le 4ᵉ, chez trois le 5ᵉ, chez cinq le 6ᵉ). Or, on peut placer dans la catégorie des pneumonies *jugulées*, celles qui ont été ainsi enlevées avant le 7ᵉ jour. Par conséquent, dans les relevés que nous publions, un peu plus du quart des péripneumonies ont été réellement *jugulées*. Ce résultat pourra surprendre quelques-uns de nos honorables confrères; mais, il n'en est pas moins l'expression rigoureuse de faits observés avec le plus grand soin et qui se sont passés en présence de nombreux témoins. Sur ce point, je le sais, comme sur quelques autres, les objections ou plutôt les dénégations ne manqueront pas. Qu'il me soit permis de prendre pour modèle de réponse ce passage d'un illustre auteur que j'ai déjà tant de fois cité : « Si « quis hìc objiciat alios æquè in hac arte versatos non idem « mecum de his rebus sentire; meum non est quid sentiant « alii, disquirere, sed meis observationibus adstruere « fidem, quod ut faciam, lectoris patientiam desidero « tantùm, non favorem. (Sydenham; op. omnia, *præf.*)

TABLEAU DE LA SIXIÈME SÉRIE,

COMPRENANT 12 PÉRIPNEUMONIQUES

Admis depuis le mois de novembre 1834 *jusqu'au mois d'avril* 1835.

12 pneumonies ou pleuro-pneumonies ont été traitées, et toutes se sont terminées par la guérison.

La durée moyenne de la maladie, depuis l'entrée jusqu'à l'époque de la guérison, a été de 8 à 9 jours.

La quantité de sang retirée a été de seize palettes ou de quatre livres de sang environ. Cette masse de sang a été retirée en général dans les deux ou trois premiers jours.

Appliqués, après les émissions sanguines coup sur coup,

à la dose de 3 à 4 palettes chacune, les vésicatoires n'ont *jamais* augmenté la fréquence du pouls, et dans cette série, comme dans toutes les autres, nous n'avons eu qu'à nous louer de ce moyen *adjuvant* des émissions sanguines.

Chez cinq malades, la maladie occupait la base du poumon, chez trois le sommet, chez trois autres la totalité d'un poumon; enfin, chez un dernier, la pneumonie ne put pas être bien limitée (1).

Dans quatre cas, la pneumonie était au premier degré et elle fut *jugulée* avec rapidité, de telle sorte que dans aucun de ces cas elle ne s'éleva jusqu'au 2e degré.

Dans quatre autres cas, il y avait un mélange du 1er et du 2e degré.

Dans les trois derniers cas, la maladie était au 2e degré confirmé. Enfin, dans le cas où la maladie ne put être *localisée*, elle n'existait, sans doute, qu'au premier degré, ou tout au plus au deuxième.

Le tableau ci-joint donnera une idée précise des moyens employés, et de la durée de la maladie dans chaque cas.

---

(1) Dans le cas dont il s'agit, nous ne trouvâmes ni râle crépitant, ni souffle bronchique, ni bronchophonie; mais il existait un *point de côté*, de la dyspnée (32 inspirations par minute), de beaux crachats rouillés, visqueux, adhérents, et de la fièvre. Ce n'est pas la seule fois que nous ayons rencontré un cas de ce genre, dont d'autres observateurs ont aussi fait mention.

NUMÉR.	AGE de la Maladie au moment de l'ent.	SAIGNÉES.	VENTOUSES SCARIFIÉES.	Vésicatoires.	Date de la guérison à partir du jour de l'entrée.
		SALLE SAINT JEAN (hommes).			
5	2 jours.	3 (11 pal.)	1 (3 pal.)	»	5 jours.
10	10	3 (12 pal.)	1 (3 pal.)	»	8
11	4	3 (12 pal.)	1 (3 pal.)	»	9
11	3 (1)				6
11	4	2 (7 pal.)	2 (6 pal.)	1	8
13	3	3 (13 pal.)	2 (6 pal.)	»	4
14	*id.*	3 (11 pal.)	2 (6 pal.)	»	16
16	*id.*	4 (14 pal.)	2 (6 pal.)	1	13
18	*id.*	3 (12 pal.)	2 (6 pal.)	»	6
22	2	2 (8 pal.)	»	1	6
23	5	4 (15 pal.)	1 (3 pal.)	»	8
25	9	4 (15 pal.)	2 (6 pal.)	1	14

TABLEAU DE LA SEPTIÈME SÉRIE,

COMPRENANT 7 PNEUMONIQUES

Admis dans les mois d'avril, mai et juin 1835.

Cas de pneumonie. . . . . 7 { guéris. 6 / morts. 1 }

7

Mortalité de 1 sur 7.

NUMÉROS.	SAIGNÉES.	VENTOUSES SCARIFIÉES.	VÉSICAT. etc.		Date de la guér. ou de la mort, à partir du jour de l'entrée.
		SALLE SAINT JEAN (hommes).			
1	2 (7 pal.)	2 (7 pal.)	1 vés	et ker.	guéri 11e jour.
4	1 (4 pal.)	1 (3 p. 1/2).	»	»	*id.* 4e
8	2 (8 pal.)	1 (3 p. 1/2).	1	»	*id.* 11e
13	traitement purement émollient.				*id.* 4e
18	3 (11 pal.)	2 (6 pal.)	»	»	mort 4e
21	4 (14 p. 1/2).	1 (3 p. 1/2).	1	»	guéri 10e
26	3 (11 pal.)	2 (6 pal.)	»	»	*id.* 8e

(1) On s'en tint à la diète et aux émollients (c'est le cas où la pneumonie ne put être localisée).

Les malades des numéros 4 et 13 n'eurent qu'une pneumonie très légère : aussi, chez l'un (n° 13), se contenta-t-on de la diète et des émollients, et chez l'autre d'une saignée du bras et d'une application de ventouses. Chez ces deux malades, il exista des crachats visqueux, rouillés, adhérents, une douleur de côté avec diminution de la résonnance, mais sans râle crépitant, ni souffle bronchique ni bronchophonie; la fièvre était assez forte, surtout chez le n° 4 (100 pulsations).

Le malade qui succomba était dans un état désespéré au moment de son entrée. La pneumonie datait de dix jours, et occupait les deux poumons. Il existait 48 inspirations par minute. Les crachats visaient au jus de réglisse ou de pruneaux. Il est néanmoins infiniment probable que ce malade eût été sauvé, s'il fût entré dès les premiers jours de sa maladie.—A l'ouverture du cadavre, on trouva une hépatisation grise (suppuration) de la moitié supérieure du poumon gauche, et une hépatisation rouge du poumon droit.

TABLEAU DE LA HUITIÈME SÉRIE,

COMPRENANT 7 PÉRIPNEUMONIQUES

Admis dans les mois de juillet et août, 1835.

Cas de de pleuro-pneumonie. . . .	7	guéris.	5
		morts.	2
			7

NUM.	AGE de la Maladie au moment de l'ent.	SAIGNÉES.	VENTOUSES SCARIFIÉES.	VÉSICATOIRES.	Date de la guérison ou de la mort à partir du jour d'ent.
		SALLE SAINT JEAN, (hommes).			
3	4 jours.	3 (13 pal.)	2 (6 pal.)	»	2 j. mort.
12	5	4 (13 pal.)	2 (6 pal.)	2	9 *id.*
15	8	2 (7 pal.)	2 (6 p. 1/2).	»	8 guéris.
18(1)	3	3 (11 p. 1/2).	2 (6 p. 1/2).	2	10 *id.*
		SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).			
3	4	4 (14 pal.)	2 (6 pal.)	1	8 *id.*
11	3	2 (9 pal.)	»	»	5 *id.*
7	2	2 (7 pal.)	1 (4 pal.)	1	6 *id.*

NOTA. Chez les deux sujets qui succombèrent, la pneumonie avait probablement déjà atteint le troisième degré, au moment de leur arrivée.

TABLEAU DE LA NEUVIÈME SÉRIE,

COMPRENANT 22 PÉRIPNEUMONIQUES

Admis du 1er *novembre* 1835 *jusqu'au* 20 *mars* 1836.

Cas de pneumonie. . . . . 22 { guéris 19 / morts 3 — 22

Quelques détails sur ces divers cas.

14 fois l'inflammation existait à droite, 4 fois à gauche, 4 fois elle était double. Deux fois dans ces derniers cas, elle fut mortelle. Le 3e cas de mort fut présenté par un homme malade depuis un mois déjà, et qui avait à l'entrée une gangrène du poumon. Il y eut rupture du foyer gangréneux dans la plèvre, etc.

(1) Il existait, chez ce malade, une complication d'endo-péricardite.

Nos	AGE de la Maladie au moment de l'entrée.	SAIGNÉES.	VENTOUSES.	VÉSICAT. etc.	Date de la guérison ou de la mort.
SALLE SAINT JEAN (hommes).					
6 (1)	6e j. (1er deg.)	2=7p. 1/2.	3=9 p.	2 et calo.	guéri 19e j.
4	5 id.	1=4 p.	1=3 p.	»	id. 6
15	5 id	4=15 p.	2=6 p.	emp. stib	id. 8
9	7 id.	2=7p. 1/2.	»	1	id. 7
8	3 id.	3=11 p.	2=6 p.	»	id. 6
9	9 id.	1=4 p.	1=4 p.	»	id. 4
8	6 (sans signes stéthoscopiques).	1=3p. 1/2.	1=3p. 1/2.	»	id. 5
2 (2)	8 (1er au 2e deg.)	4=15 p.	1=3p. 1/2.	2	id. 15
18	5 id.	5=15 p.	2=7 p.	1	id. 10
11	8 id	4=14 p.	2=7 p.	1	id. 9
22	3 id.	4=14 p.	1=3 p.	1 emp. st.	id. 12
14	4 id.	4=14 p.	1=6 p.	1	id. 10
1	5 (2e deg.)	5=19 p.	1=3p. 1/2.	1	id. 9
17 (3)	(1er au 2e deg.)	1=3p. 1/2.	1=3p. 1/2.	1	id. 7
4	8 (2e deg.)	4=15 p.	1=3 p.	1	id. 8
23	8 (2e au 3e deg.)	4=15 p.	2=7 p.	1	id. 10
3	30 (3e deg.)	3=9 p.	1=3 p.	sinap.	mort 2
11	8 double (1er et 2e deg.)	6=22 p.	1=3p. 20 sang.	1	guéri 14
16	4 doub. (1er d.) (4)	3=11 p.	1=3 p.	1	id. 8
17	20 doub. (3e deg.)	1=3p. 1/2.	tart. stib. 10 g. p. j.	»	mort 7
14	6 doub. (2e et 3e dans quelques points).	3=11 p.	2=6 p.	2	mort 7
SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).					
13	10 (1er au 2e d.)	2=8 p.	»	»	guéri 6

Ce qui donne pour chaque malade, en mettant à part celui qui fut traité principalement par l'*émétique*, environ 11 palettes $\frac{1}{3}$ de sang tiré par la lancette et 4 palettes par les ventouses. Total : environ 15 palettes $\frac{1}{3}$, c'est-à-dire un peu moins de 4 livres $\frac{1}{2}$ de sang.

(1) Il fit une rechûte.

(2) *Idem.*

(3) Malade entré pour un choléra sporadique. Pendant cette affection il fut pris d'une pneumonie du sommet du poumon droit qui resta quelques jours inaperçue.

(4) Cette pneumonie existait surtout à gauche ; elle était très légère à droite, et bornée à la base.

La durée moyenne de la maladie pour ceux qui ont guéri, a été de 9 jours environ.

CHAPITRE II.

Parallèle entre les résultats obtenus par l'ancienne méthode de traitement de la pleurésie et ceux obtenus par la nouvelle formule des émissions sanguines.

ARTICLE PREMIER.

Résultats de l'ancienne méthode.

Jusqu'ici nous manquons de recherches précises sur la mortalité de la pleurésie, traitée par la méthode ordinaire. Cette maladie est, sans doute, beaucoup moins fréquemment mortelle que la pleuro-pneumonie; mais ce serait se tromper que de la regarder comme ne se terminant presque jamais d'une manière funeste. Pour mon propre compte, depuis une vingtaine d'années, j'ai vu succomber une quinzaine de malades au moins à cette phlegmasie, soit dans sa période d'acuité, soit surtout dans sa période de chronicité. On peut, au reste, trouver de nombreux exemples de ce genre, en lisant les auteurs qui ont écrit sur cette maladie, tels que M. Broussais (*Histoire des phlegmasies chroniques*), Laënnec (*Auscultation médiate*), M. Andral (*Clinique médicale*), etc. Malheureusement ces auteurs ne nous ont pas donné le chiffre des cas de mort et de guérison sur un nombre déterminé de pleurétiques.

Dans ses *Recherches sur les effets de la saignée*, M. Louis dit, en passant, qu'il *a traité, dans l'espace de cinq ans, à l'hopital de la Pitié*, 140 *sujets atteints de pleurésie environ, et que tous ont guéri* (*il ne parle que de ceux qui étaient, au début de cette affection, dans un état de santé parfaite*). M. Louis ne dit pas par quelle méthode il a

24.

guéri ces 140 pleurétiques. Il nous apprend seulement que, dans aucun cas, il n'a eu recours aux vésicatoires, dont l'utilité lui paraît au moins problématique (1). Il est probable que M. Louis a combattu cette phlegmasie par une méthode à peu près semblable à celle qu'il emploie contre la pleuro-pneumonie. S'il en est ainsi, le résultat qu'il annonce me paraît assez extraordinaire. En effet, je ne sais trop si le nombre des pleurésies simples, que j'ai eu occasion d'observer depuis une quinzaine d'années, s'élève beaucoup au-dessus du nombre observé par M. Louis (140); et cependant je le répète, dans une quinzaine de cas, la maladie s'est terminée par la mort. Or, chez l'immense majorité des malades, la saignée avait été employée d'après la méthode ordinaire.

Ce que je puis affirmer, en conscience, c'est que j'ai guéri par la formule des émissions sanguines coup sur coup, plusieurs des mêmes cas que j'avais vu autrefois résister à l'ancienne méthode, passer à l'état chronique, et se terminer d'une manière funeste. Depuis un an, par exemple, j'ai traité deux étudiants en médecine, atteints d'une pleurésie qui avait résisté d'abord à des saignées à petite dose. Un épanchement considérable s'était formé malgré l'emploi de cette méthode. Dans les deux cas, la maladie a cédé à la formule des saignées générales et locales, répétées coup sur coup.

Au reste, ce qui suit prouvera que la pleurésie ne se termine pas toujours par la guérison, et qu'elle peut même entraîner quelquefois une assez forte mortalité.

---

(1) Je ne puis me prononcer encore, en toute connaissance de cause, sur la valeur thérapeutique des vésicatoires dans la pleurésie; tout ce que je puis dire, c'est que, dans la plupart des cas, je les ai employés après l'usage des émissions sanguines, et que j'ai toujours eu à m'en louer. Je pense, d'ailleurs, avec M. Louis, que *leur action doit être étudiée d'une manière rigoureuse.*

Dans le résumé de la clinique de M. Chomel, pour l'année 1834 — 1835, le nombre des malades atteints de pleurésie est porté à 22. Dans un seul cas, la maladie se termina par la mort (1).

Dans le relevé déjà indiqué de M. Montault, le nombre de cas de pleurésies fut de 45.

Les pleurésies sans complication qui furent mortelles, s'élevèrent à 8 (2).

Si l'on ajoute au chiffre de la mortalité le cas indiqué ci-dessous, cette mortalité aura été de 1 sur 9, pour les pleurésies dites sans complication.

ARTICLE II.

Résultats de la formule des saignées coup sur coup.

§ Ier.

Depuis le mois d'avril 1834 jusqu'au 20 mars 1836, j'ai traité 21 individus atteints de pleurésie aiguë, soit simple, soit compliquée avec une péricardite ou une endo-péricardite (3). Tous les malades ont été guéris. Toutes ces

---

(1) *Lancette française*, jeudi, 17 septembre 1835.

(2) M. Montault place en dehors de cette catégorie : 1° un cas de pleurésie avec empyème ; 2° un cas de pleurésie avec aortite ; 3° un cas de pleurésie avec pneumo-thorax et entérite chronique. Le premier de ces cas doit, ce semble, faire partie des pleurésies non compliquées (car l'épanchement est le caractère essentiel d'une pleurésie bien confirmée) ; par conséquent, la mortalité a été de 9.

(3) La coïncidence de ces deux phlegmasies avec la pleurésie et spécialement avec celle du côté gauche, est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait cru jusqu'ici. Je n'ai pas encore fait le calcul des cas où elle a été observée par nous, depuis que notre attention s'est portée, d'une manière spéciale, sur les maladies aiguës du centre circulatoire, mais je ne crois pas exagérer en disant que les membranes séreuses du cœur se prennent dans le tiers ou le quart des cas de pleurésie ou de pleuro-pneumonie gauche.

pleurésies ont été parfaitement caractérisées. Chez plusieurs des malades, l'épanchement, au moment de l'entrée, remplissait tout un côté de la poitrine. On verra par les deux tableaux suivants, les principaux détails du traitement de 7 de nos malades. Je renvoie au reste, pour de plus amples détails, aux résumés publiés par M. Jules Pelletan, dans le *Journal hebdomadaire*.

§ II.

TABLEAU

DES CINQ MOIS DE CLINIQUE DE L'ANNÉE 1835,

(*D'avril à septembre* 1835).

Avril, mai, juin, (*voir* le compte rendu de M. J. Pelletan dans le numéro 34 du *Journal hebdomadaire*, août 1835).

Cas de pleurésie avec épanchement. 5 { guéris 5, morts 0 — 5

Nos	SAIGNÉES.	VENTOUSES SCARIFIÉES.	VÉSICATOIRES, etc.	Date de la guérison à partir du jour de l'entrée.
SALLE SAINT JEAN (hommes).				
8	3 (11 pal.)	3 (9 pal.)	1 et pilul. de calom.	17 jours.
10	3 (11 pal.)	3 (12 pal.)	1 »	11
22	2 (8 pal.)	1 (3 pal.)	1 »	11
23	1 (4 pal.)	2 (7 pal.)	1 »	19
SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).				
9	»	2 (6 pal.)	1 »	11

Juillet et Août 1835.

Cas de pleurésie avec épanchement 2 { guéris 2, morts 0 — 2

Dans un de ces cas (chez un jeune homme de seize ans), la pleurésie datait de onze jours, au moment de l'entrée. Tout le côté droit en arrière et en avant jusqu'à la deuxième côte, rendait un son mat; il existait un souffle bronchique très fort et une belle égophonie.... Trois saignées de trois palettes faites coup sur coup, une application de ventouses scarifiées (trois palettes), vingt cinq sangsues et un large vésicatoire enlevèrent en seize jours cet énorme épanchement.

Dans le second cas, la pleurésie occupait le côté gauche et datait de huit jours. Le son mat, le souffle bronchique, l'égophonie, l'absence de vibration de la paroi pectorale lorsque le malade parlait, etc., rien ne manquait au diagnostic. On pratiqua coup sur coup deux saignées de trois palettes 1/2 chacune, on tira six palettes de sang par une double application de ventouses scarifiées, et deux vésicatoires furent ensuite appliqués. En quinze jours l'épanchement fut entièrement résorbé.

Un beau frottement pleural existait à la sortie du malade, qui d'ailleurs, jouissait alors de la santé la plus complète.

CHAPITRE III.

PARALLÈLE ENTRE LES RÉSULTATS OBTENUS PAR L'ANCIENNE MÉTHODE DANS LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DITE FIÈVRE TYPHOÏDE (ENTÉRO-MÉSENTÉRITE TYPHOÏDE) ET CEUX OBTENUS PAR LA FORMULE DES ÉMISSIONS SANGUINES QUI NOUS EST PROPRE.

ARTICLE PREMIER.

Résultats de l'ancienne méthode.

On évalue assez généralement au tiers la mortalité des individus atteints de fièvre typhoïde. MM. Louis et Chomel en particulier ont donné cette évaluation d'après le calcul

d'une masse de faits assez imposante; voici les propres termes de M. Chomel (1).

« En réunissant les nombreuses observations que je « viens de relater, on voit que la mortalité a été à la « Charité de 1822 à 1827, de 50 sur 138, dans l'automne, « l'hiver et le printemps de 1827 à 1828, de 5 sur 18; « A l'Hôtel-Dieu, dans l'année scolaire 1831 à 1832, de « 16 sur 51.

« Somme toute, 71 sur 207; *un peu plus que le tiers* « *parconséquent* (2).

---

(1) *Leçons sur la fièvre typhoïde.* Paris, 1834.

(2) M. Chomel ajoute : « Si l'on objectait qu'en insistant plus que nous « ne l'avons fait sur les anti-phlogistiques, quelques médecins auraient « obtenu, sans employer les chlorures, des résultats beaucoup plus avan- « tageux, nous répondrions que cette différence peut tenir soit à l'intensité « moins grande de la maladie, comme cela a lieu pour les sujets qu'on « envoie dans les hôpitaux éloignés du bureau central d'admission, soit à « ce qu'on a compris sous le nom de fièvre typhoïde des maladies auxquel- « les nous ne donnerions pas ce nom. Nous ne pensons pas qu'on puisse « attribuer au traitement ces différences de mortalité; car le traitement « employé dans ces hôpitaux, ou ne diffère pas sensiblement de celui que « nous avons appelé rationnel, ou bien il n'en diffère que par des saignées « un peu plus abondantes, et cette modification, comme l'ont prouvé les « observations publiées par M. Louis, est loin d'exercer une influence sa- « lutaire sur le cours de l'affection typhoïde (*Ouv. cit.*, page 522). »

Que d'hypothèses gratuites, et que d'erreurs dans ce peu de lignes! on va voir par les relevés qui nous sont propres, que si nous avons obtenu des résultats beaucoup plus avantageux que ceux obtenus par M. Chomel, ce n'est pas parce que nous avons compris sous le nom de fièvre typhoïde les maladies auxquelles il ne donnerait pas ce nom, ni parce que nous sommes dans un hôpital plus éloigné du bureau central, car nous sommes à la Charité et lorsqu'il était à la Charité, M. Chomel, comme les chiffres de M. Louis l'ont démontré, perdait 1 malade sur 3. On verra que les émissions sanguines telles que nous les employons ne sont pas seulement *un peu plus abondantes*, mais, au contraire, beaucoup plus abondantes que celles conseillées et pratiquées par M. Chomel. Qu'ensuite M. Chomel nous oppose comme un article de foi : que *cette modification, ainsi que l'ont prouvé le*

Dans le mémoire qu'il inséra, en 1828, dans les *Archives générales de Médecine*, M. Louis évalua au tiers environ la mortalité des individus atteints de fièvre ou affection typhoïde observés par lui à la Charité, dans le service de M. Chomel.

Dans l'ouvrage que ce célèbre observateur a publié depuis sur la même maladie, on lit que sur 150 malades 98 guérirent et 52 succombèrent (voy. t. 11, pag. 460 et 468). Parconséquent, la mortalité dépassa d'un peu le tiers dans ces 150 cas de fièvre ou affection typhoïde.

Nous croyons devoir consigner ici ce qu'a dit M. Louis de la saignée dans le traitement de cette maladie.

« La saignée ayant été utile aux malades dont j'ai « recueilli l'histoire dans la période aiguë de l'affection, « il *doit* paraître convenable d'y avoir recours à cette « époque, en la proportionnant à l'intensité du mouve- « ment fébrile. Une saignée de douze onces *doit* suffire « quand il est faible; il faudrait la répéter deux fois dans « les dix ou douze premiers jours, dans le cas contraire. « Il n'est pas démontré qu'un plus grand nombre d'émis- « sions sanguines pût être favorable à l'issue ou à la « marche de la maladie, et ce serait en vain qu'on les « multiplierait pour éteindre, sous leur influence, le

---

observations publiées par M. Louis, est loin d'exercer une influence salutaire sur le cours de l'affection typhoïde, nous ferons, sans doute, de cette objection, tout le cas qu'elle mérite. Toutefois, M Chomel nous permettra de ne pas jurer sur la parole de M. Louis, pas plus que sur celle des plus grands maîtres, car enfin M. Louis n'est pas infaillible. Ce qu'il y a de certain, c'est que si M. Louis parvient à prouver que la méthode des émissions sanguines telle que nous l'avons formulée dans le traitement de ce qu'il appelle *l'affection typhoïde, est loin d'exercer une influence salutaire sur le cours de cette affection*, il aura prouvé une chose bien difficile, et pour y parvenir il aura été obligé de prouver d'abord que les expériences les plus multipliées et les plus exactes doivent être considérées comme non avenues dans la question qui nous occupe.

« mouvement fébrile ; dix saignées ne suffiraient pas pour « atteindre le but, l'expérience ayant montré que l'affec- « tion typhoïde bien caractérisée, n'est pas susceptible « d'être jugulée, ce qui n'est guère moins vrai, d'ail- « leurs, suivant toutes les apparences, de la péripneu- « monie et des autres maladies inflammatoires (1). On « préférera la saignée générale aux saignées locales dont « l'utilité est moins *bien démontrée*, même dans les « affections des organes superficiellement placés (2). »

Dans le relevé de M. Montault déjà cité, le nombre des fièvres ataxo-adynamiques ou dothinentéries mortelles, fut de 14.

Il est facheux que M. Montault n'ait pas indiqué d'une manière précise, *le nombre des fièvres continues* (c'est son expression) qui offrirent l'appareil évident d'adynamie ou d'ataxie. Il se borne à dire :

---

(1) A l'assurance avec laquelle notre savant confrère s'exprime ici, on est porté à croire qu'il a fait de nombreuses expériences sur les saignées multipliées dans les cas qu'il indique. Malheureusement il ne nous les fait cependant pas connaître. Quoiqu'il en soit, si M. Louis eut expérimenté notre formule, il lui eut été impossible de professer les opinions qu'il soutient, et d'affirmer, par exemple, que *dix saignées ne suffiraient pas pour éteindre le mouvement fébrile.* Quant à la saignée, telle que la conseille M. Louis, l'expérience n'a que trop prouvé, en effet, combien son influence avantageuse est bornée.

(2) Ce que dit ici M. Louis des émissions sanguines locales n'est pas conforme à l'observation des cas dans lesquels elles ont été faites en assez grande abondance et répétées assez souvent, dans une espace de temps donné. Il ne faut pas d'ailleurs, adopter exclusivement les émissions sanguines générales ou les émissions sanguines locales. L'habileté consiste à les combiner dans de justes proportions. On sera surpris de voir ici M. Louis considérer comme *bien démontrée* l'utilité des saignées générales, telles qu'il les emploie, puisqu'avec elles, sur 150 malades, 52 ont succombé, c'est-à-dire plus du tiers.

Fièvres continues	simples ou légères. . .	105
	catarrhales	1
	miliaires.	1
	bilieuses.	3
	ataxo-adynamiques . .	5
		115

Dans ce tableau, le nombre des fièvres ataxo-adynamiques ne s'élève qu'à 5, et à l'article des maladies terminées par la mort, le nombre de ces mêmes fièvres qui ont été mortelles s'élève à 14.

Il y a donc ici une contradiction dans les termes; pour la faire disparaître, il faut nécessairement admettre que 9 cas de mort au moins (1) portent sur les catégories des fièvres *légères ou simples*, catarrhale, miliaire, bilieuse. Or, les fièvres catarrhale et miliaire ne sont qu'au nombre de deux; en supposant qu'elles eussent été mortelles, ce qui n'est pas très probable, il resterait encore 7 cas de mort parmi les 105 fièvres légères et les 3 fièvres bilieuses. Hé bien! cette mortalité réduite ainsi à son minimum, serait encore énorme pour nous, car nous ne comptons aucun cas de mort dans la catégorie des fièvres dites légères, simples ou même bilieuses. Il est vrai qu'en abandonnant à elles-mêmes ou, ce qui est à peu près la même chose, en s'en tenant soit à une petite saignée, soit à une application de quelques sangsues, un certain nombre des fièvres de cette catégorie peuvent passer à la forme *ataxo-adynamique*, et c'est nécessairement ce qui a dû avoir lieu chez les malades du relevé de M. Montault.

---

(1) Je dis au moins, car ce chiffre suppose qu'aucun des sujets atteints de fièvre ataxo-adynamique n'a guéri. S'il s'en était sauvé un par exemple, il faudrait que dix des autres catégories de *fièvres continues* eussent succombé.

ARTICLE II.

Résultats de notre méthode.

§ I.

L'expérience m'a conduit graduellement à employer les émissions sanguines générales et locales avec plus d'abondance qu'on ne le fait dans les services dont il vient d'être question dans le précédent article, et nous avons appliqué à l'entérite typhoïde, avec de notables modifications, la formule dite des émissions sanguines coup sur coup. Comme dans l'entérite typhoïde, bien déclarée, il existe un *élément* qu'on ne rencontre pas dans les phlegmasies *pures*, *franches*, *légitimes*, savoir l'élément typhoïde ou *putride*, nous avons souvent combiné les chlorures avec les émissions sanguines. Toutefois, la part qu'ils ont eue dans nos succès est, je crois, peu importante, car dans certaines séries de fièvre typhoïde, où nous avions négligé l'emploi des chlorures, les résultats ont été sensiblement les mêmes que dans les séries où ils avaient été mis en usage.

Sur 178 malades que j'ai traités de cette maladie bien caractérisée, depuis le commencement d'avril 1833, jusqu'au 20 mars 1836, 22 seulement ont succombé, c'est-à-dire que la mortalité a été d'un peu moins d'un huitième, au lieu du tiers, comme dans les relevés de MM. Chomel et Louis (1).

---

(1) J'ai compris dans ce relevé 22 étudiants en médecine que j'ai traités depuis environ deux ans. De ces 22 jeunes-gens, trois seulement succombèrent. Ces trois derniers auraient très probablement été guéris s'ils eussent été traités à une époque moins éloignée du début, et avec plus d'énergie. J'ai vu trois ou quatre cas bien malheureux de l'emploi réitéré des purgatifs chez des étudiants. (Il va sans dire que ce n'est pas moi qui avais prescrit ces moyens.)

On voit par ces chiffres que la formule des émissions sanguines que l'expérience nous a fait adopter, a diminué le chiffre de la mortalité de la maladie dite *fièvre typhoïde*, à peu près dans la même proportion que celui de la pleuro-pneumonie. Ce résultat est vraiment immense, si l'on réfléchit que la première de ces maladies n'est guère moins fréquente que la seconde. Si cette formule, secondée par les moyens adjuvants que nous lui associons, était *convenablement* appliquée, par exemple, à tous les individus que la fièvre typhoïde frappe annuellement dans toute l'Europe, que de milliers de ceux qui succombent malgré l'emploi des méthodes ordinaires ne sauverait-elle pas ? Ajoutons que souvent la rapidité de la guérison est telle, qu'on ne peut réellement s'en faire une idée qu'après avoir observé les faits soi-même. Si nous ne craignons point de nous exprimer avec cette assurance, c'est qu'une foule de confrères et d'élèves ont été témoins de nos succès, et que tous partagent notre conviction. Au reste, ceux qui connaissent un peu mon caractère, me rendront cette justice, que je n'ai pas pour habitude d'exagérer en pareille matière.

Les tableaux et résumés suivants contiennent quelques détails que nous recommandons à toute l'attention des praticiens qui recherchent la vérité de bonne foi.

§ II.

Depuis le commencement d'avril 1833, jusqu'à la fin du mois d'août suivant, le nombre de sujets atteints d'entérite typhoïde admis dans le service a été de. 18

Six autres ont été admis pendant le mois de septembre et une partie du mois d'octobre, ci. 6

TOTAL. . .	24	guéris	20
		morts	4
			24

M. le docteur Jules Pelletan a publié un relevé détaillé des dix-huit premiers cas dans le n° 161 du tome XIII du *Journal hebdomadaire*.

De ces 24 malades qui, trois ou quatre exceptés, furent gravement atteints, 4 succombèrent (1). La mortalité fut donc d'un sixième.

Du 25 octobre 1833 jusqu'au 8 décembre suivant, le nombre des entérites typhoïdes admises dans le service a été de 26 (2).

Un compte-rendu détaillé de cette série de malades a été publié par M. Ronzel, dans le n° 170 du tome XIII du *Journal hebdomadaire*.

De ces 26 malades, il n'y en eut que deux qui moururent. « La plupart de ces malades, dit M. Ronzel, ont été « gravement atteints..... Un bon nombre, même parmi « ceux le plus gravement atteints, ont quitté l'hôpital 10, « 15, 20 jours à partir de l'invasion ; la maladie chez les « autres a eu généralement un mois de durée....

« De ces faits on doit, ce me semble, conclure que la « fièvre typhoïde se guérit fort bien par les saignées et « les sangsues. »

Il est bon de savoir qu'au moment où M. Ronzel vint suivre notre clinique, il n'était rien moins que prévenu

---

(1) Je ne puis, en conscience, placer parmi les morts de cette maladie un cinquième sujet qui, convalescent de l'entérite typhoïde, fut ensuite emporté, en 8 heures, par une attaque de choléra (c'était à l'époque d'une sorte de recrudescence de l'épidémie de 1832).

(2) On sera, sans doute, surpris, de ce qu'un si grand nombre de sujets atteints d'entérite typhoïde aient été reçus dans notre clinique, en si peu de temps. Mais la surprise cessera quand on saura qu'étant alors de service au bureau central, il m'a été facile de diriger un pareil nombre de malades à la clinique.

en faveur de notre doctrine et de notre méthode de traitement; ainsi que bien d'autres, il a fini par rendre hommage à la vérité.

A ces 26 malades, il faut en joindre deux autres qui entrèrent quelque temps après, et qui guérirent tous les deux. Voilà donc 28 cas d'entérite typhoïde, dans lesquels la mortalité ne fut que d'un quatorzième.

Avril 1834.

Cas d'entérite typhoïde. . . . . . . 10 { guéris 8 / morts 2 } 10

Nos.	SAIGNÉES.	SANGSUES.	Ventouses.	Vésicatoires.	CHLORURES ou SIMPLES ÉMOLL.	MORTS. OU GUÉR.
SALLE SAINT JEAN (hommes).						
3	1 3 à 4 pal.	60 abdom.	2	1	chlorures.	guéri
5	4 *id.*	35 ab. et poit.	»	»	*id.*	*id.*
2	6 *id.*	60 *id.*	3	»	*id.*	*id.*
3	1 *id.*	20 abd.	»	»	émoll.	*id.*
9	1 *id.*	50 *id.*	»	»	chlorures.	mort.
12	»	15 épig.	»	»	émoll.	guéri.
18	3 *id*	60 abd.	»	»	chlorures.	mort.
29	3 *id.*	35 *id.*	»	»	émoll.	guéri.
SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).						
4	»	50 *id.*	»	»	*id.*	*id.*
4	3 *id.*	45 *id.*	»	»	*id.*	*id.*

Moyenne des émissions sanguines: 11 à 12 palettes ou 44 à 48 onces.

Chez les malades des nos 2 et 5, ce fut la complication d'un engouement péripneumonique qui nécessita les saignées multipliées indiquées sur le tableau.

Mortalité: 1 sur 5.

Mai 1834.

Cas d'entéro-mésentérite typhoïde. . . 9 { guéris 7 / morts 2 } 9

Mortalité de 1 sur 4 1/2.

Nos.	SAIGNÉES.	SANGSUES.	VÉSICAT.	CHLORURES ou SIMPLES ÉMOLL.	Date de la guérison ou de la mort après l'entrée.
SALLE SAINT JEAN (hommes).					
3	1 3 p. 1/2.	54 abdom.	»	chlorures.	guéri le 6e j.
13	1 *id.*	30 *id.*	»	*id.*	*id.*
25	2 *id.*	40 *id.*	»	*id.*	*id.* 17e
26	2 *id.*	30 *id.*	»	*id.*	*id.* 8e
26	2 *id.*	102 ab. et têt.	2	*id.*	mort 15e (1).
SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).					
11	»	»	»	émoll.	morte 7e j. (2).
11	1 3 p. 1/2.	20 abdom.	»	chlorures.	guérie 11e
12	2 *id.*	60 *id.*	2	*id.*	*id.* 17e
13	1 *id.*	24 *id.*	»	*id.*	*id.* 14e

Moyenne des émissions sanguines. (On néglige ici le cas où l'on n'a pas précisé le traitement.) — 8 à 9 pal. ou 32 à 36 onces.

Mortalité : 2 sur 9 ou 1 sur 4 $\frac{1}{2}$.

On n'a point placé dans ce relevé six cas de simple *embarras gastrique* ou de véritable *fièvre bilieuse*, bien que de pareils cas soient considérés comme appartenant au *genre* fièvre typhoïde de certains pathologistes modernes. Si nous eussions adopté cette doctrine, notre mortalité serait réduite à 1 sur 7 $\frac{1}{2}$.

(1) Les symptômes de l'affection de l'intestin grêle avaient presque entièrement disparu, et le malade commençait à prendre quelques aliments, lorsqu'il fut emporté avec une extrême rapidité, par une congestion séreuse du cerveau, avec collapsus comateux. A l'ouverture du cadavre, on constata la cicatrisation des ulcérations intestinales.

(2) Arrivée au 12e jour de la maladie, cette femme était alors dans un état semi-comateux. On fit appliquer, à diverses reprises, des sangsues aux apophyses mastoïdes, bains, affusions, vésicatoires, synapismes : Tout fut inutile : les accidents cérébraux ne cédèrent qu'un instant pour éclater avec une gravité nouvelle.

Juin 1834.

3 *Cas d'entéro-mésentérite* (1).

Nos.	SAIGNÉES.	SANGSUES.	VÉSICATOIRES.	CHLORURES	Époque de la guérison après l'entrée.
SALLE SAINT JEAN (hommes).					
18	1 3 p. 1/2.	50	»	chlorure.	guéri le 10e j.
23	4 *id.*	30	2 et sinap.	*id.*	*id* 41e
SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).					
8	1 2 p. 1/2.	30	2	*id.*	*id.* 25e

Dans ce relevé, qui ne contient que trois cas, la mortalité a été nulle. Tous les trois furent cependant remarquables par leur gravité.

Le malade du no 18, moins dangereusement atteint que les deux autres, était au huitième jour de l'affection. L'abattement et la stupeur étaient néanmoins très marqués; les lèvres, les dents et la langue étaient très sèches; la peau aride, brûlante; le ventre était météorisé; il existait des selles liquides nombreuses et fétides, etc. Il survint des sudamina dans le cours de la maladie, et le ventre se couvrit de petits furoncles.

Chez le malade du no 23, arrivé le sixième jour après l'invasion, l'entéro-mésentérite était compliquée d'un engouement péripneumonique, avec crachats visqueux, adhérents, rouillés, et râle crépitant (une bronchite gé-

(1) Je ne parlerai pas de six cas d'*embarras gastrique* ou de *fièvre gastrique*, qui cédèrent promptement à la méthode délayante. Encore une fois, nous n'avons point compris de pareils cas parmi ceux relatifs à la véritable *fièvre typhoïde*.

nérale existait en même temps). Cette grave complication, qui n'est malheureusement pas très rare, nous décida, malgré la constitution un peu lymphatique du sujet, à faire, en vingt-quatre heures, trois saignées de 3 à 4 palettes chacune, et à retirer 4 palettes de sang environ par les ventouses. Alors, on s'occupa spécialement de l'entéro-mésentérite, qui ne céda que lentement, soit en raison de son extrême intensité, soit aussi en raison des imprudences de régime du malade; de nombreuses et profondes eschares se développèrent, etc. (1).

Chez la malade du n° 8, arrivée au huitième jour après l'invasion, il survint des phénomènes ataxiques ou cérébraux, qui nous inquiétèrent vivement. Les vésicatoires se couvrirent d'eschares gangréneuses, l'haleine exhalait une odeur des plus fétides, et les urines devinrent ammoniacales, etc.

Juillet et août 1834.

Cas d'entéro-mésentérite thyphoïde. . . .	10	8 guéris. 2 morts.
		10
		Mortalité de 1 sur 5.

(Voir le tableau ci-après).

(1) Pendant la convalescence, le malade, à la suite d'un bain, éprouva un refroidissement, qui fut immédiatement suivi d'une violente pleuro-pneumonie. Le malade était trop épuisé pour qu'il nous fût possible de le soumettre à la formule des saignées coup sur coup. On ne lui fit qu'une seule saignée, et il succomba. A l'ouverture, nous constatâmes la cicatrisation de plusieurs ulcérations intestinales. Il existait un épanchement purulent dans le côté gauche de la poitrine et un *ramollissement gris* du poumon correspondant.

Nos.	SAIGNÉES.	VENTOUSES.	SANGSUES.	Vésicatoires, Chlorures, Emoll., etc.	DATE de la convalescence ou de la mort après l'entrée.
			SALLE SAINT JEAN (hommes).		
2	2 6 p.	2 vent. 6 p.	16 oreil.	chlorures.	conval. 30e j.
8	1 3 p.	1 vent. sc. 3 p.	«	id.	id. 6e
11	5 16 p.	2 id. 6 p.	20	3 vés. id.	mort 9e (1).
16	1 3 p. 1/2.	1 id. 2 p. 1/2.	«		conval. 3e
18	2 7 p.	2 4 p.	16	2 vé. aff. id.	mort 32e (2).
19	3 9 p.	1 3 p.	«	chlor.	conval. 7e
24	1 2 p.	1 3 p.	«	id.	id. 10e
			SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).		
3	Cette femme fut soumise au traitement chloruré et voulut sortir avant d'être guérie (3).				
7	1 3 p.		40 abdo.	émoll.	conval. 27e
8	2 6 p.	1 v. sc. 2 p. 1/2.		id.	id. 6e

De novembre 1834 jusqu'à avril 1835.

29 *Cas d'inflammations gastro-intestinales aiguës.*

Il y eut deux cas de très légère irritation gastrique (simple *embarras gastrique*), et cinq cas de gastro-duodénite (*fièvre gastrique ou bilieuse*).

Ces sept cas furent promptement et facilement guéris par la diète et les adoucissants, soit seuls, dans les cas les plus légers, soit combinés aux émissions sanguines modérées (générales et locales), dans les cas plus graves.

Restent 22 cas d'entéro-mésentérite (fièvre typhoïde).

Chez douze des malades, les plaques rosées ou lenticulaires (éruption typhoïde), furent très prononcées.

La plupart des malades n'arrivèrent à la clinique, qu'à

(1) Le malade, alité depuis 7 jours au moment de son entrée, était dans l'état le plus grave.

(2) Même remarque que pour le précédent.

(3) Si l'on veut retrancher ce cas du tableau, il ne restera que 9 malades, et la mortalité aura été de 1 sur 4 1/2.

une époque assez avancée de la maladie (12 jours, terme moyen).

La moyenne de la quantité de sang retiré fut de dix palettes et demie (2 liv. 12 onces). Des vésicatoires furent employés dans la moitié des cas ; les chlorures furent administrés à tous les malades. La mortalité fut de 3 sur 22, c'est-à-dire un peu au-dessous du septième. La durée moyenne de la maladie *fut* de 15 jours.

Le tableau ci-après offrira le résumé de ces 22 cas.

Nos	AGE de la maladie à l'entrée.	SAIGNÉES.	VENTOUSES SCARIF. ET SANGSUES.	VÉSIC., BAINS, AFFUS., etc.	Date de la guérison ou de la mort, à partir du jour de l'entrée.
			SALLE SAINT-JEAN (hommes).		
1	8 jours.	»	2 (6 p.) = 6 p.	2 v. ipécac. 18 gr. chlor.	guéri le 15e jour.
4	9	1 (3 p. 1/2).	+ 3 (9 p.) = 12 1/2.	2 v. bains, aff. *id.*	mort le 9e
4	10	1 *id.*	+ 1 (3 p.) = 6 p. 1/2.	« *id.*	guéri le 23e
6	8	5 (16 p.)	+ 2 (6 p.) = 22 p.	1 v. poit. *id.*	*id.* le 20e
7	10	1 (3 p. 1/2).	« = 3 p. 1/2.	« *id.*	*id.* le 9e
7	10	1 *id.*	+ 1 (3 p.) = 7 p. 1/2.	« *id.*	*id.* le 10
8	8	1 *id.*	+ 2 (6 p.) = 9 p. 1/2.	« *id.*	*id.* le 10e
8	7	2 (7 p. 1/2).	+ 1 (3 p.) et 40 sang. = 13 à 14 p.	« *id.*	*id.* le 16e
8	3	1 (3 p.)	+ 1 (3 p.) = 6 p.	« *id.*	*id.* le 7e
9	8	traitement adoucissant, et chlorures (cas léger).		« «	*id.* le 7e
9	15	2 (7 p.)	+ 1 (3 p. 1/2.) = 10 p. 1/2.	« *id.*	*id.* le 14e
12	10	3 (11 p.)	+ 4 (12 p. = 23 p.	2 v. *id.*	*id.* le 30e
12	8	2 (7 p.)	+ 1 (3 p.) et 20 san. = 12 p.	2 v. *id.*	*id.* le 20e
16	5	1 (3 p. 1/2).	+ 2 (6 p.) = 13 p.	2 v. bains et affus. *id.*	mort le 57e (1).
18	15	1 *id.*	+ 62 sangs. abd. = 9 à 10 p.	« *id.*	guéri le 7e
19	15	1 *id.*	+ 1 (3 p.) et 20 sang. = 9 p.	« *id.*	*id.* le 9e
20	21	» «	2 (6 p.) = 6 p.	2 v. bains et affus. *id.*	*id.* le 17e
21	15	1 (4 p.)	+ 1 (3 p.) = 7 p.	« *id.*	*id.* le 7
24	21	2 (8 p.)	+ 100 sang. ab. et têt. = 16 à 17 p.	2 v. bains, af., glace. *id.*	mort (2).
			SALLE SAINTE-MADELEINE (femmes).		
2	4	1 (3 p.)	+ 1 (3 p.) = 6 p.	2 v. *id.*	guér. le 10e
6	15	« «	« «	2 v. bains et affus. *id.*	*id.* le 23e
7	8	2 (7 p.)	+ 1 (3 p.) et 42 sang. = 13 à 14 p.	« *id.*	*id.* le 23e

(1) Vers le vingt-septième jour, le malade était convalescent de la phlegmasie intestinale. Il succomba un mois plus tard aux profondes eschares survenues dans le cours de la maladie. — (2) Ce malade succomba également aux eschares qui survinrent pendant le cours de la maladie.

Avril, mai et juin 1835.

PHLEGMASIES AIGUES DU TUBE DIGESTIF.

Cas de phlogose sous forme d'embarras gastrique et de fièvre gastrique ou bilieuse. . . . . 15 { guéris. 15 / morts. 0 — 15

Les boissons délayantes, la diète, un vomitif dans un cas, les saignées modérées, firent promptement justice de la maladie.

Cas d'entéro-mésentérite (fièvre typhoïde). 16 { guéris. 12 / morts. 4 — 16

Mortalité : 1 sur 4.

Le tableau ci-après offrira le résumé de ces 16 cas.

Nos	AGE de la Maladie à l'entrée.	SAIGNÉES.	VENTOUSES ET SANGSUES.	VÉSIC., CHLOR. ET AUT. MOY.	DATE de la guérison ou de la mort après l'entrée.
			SALLE SAINT JEAN (hommes).		
1	3 jours.	1 (3 p. 1/2). +	1 (3 p. 1/2) = 7 p.	« chlorur.	guéri le 5e j.
1	8	« «	« «	« id.	id. le 9e
3	8	2 (7 p.) +	2 (7 p.) = 14 p.	2 vés. id.	id. le 16e
6	10	« «	« «	« id.	id. le 6e
7	8	3 (10 p.) +	4 (12 p.), 20 sang. = 23 à 24 p.	2 vés. id. bains.	mort le 18e
7	13	« «	« «	« id.	guéri le 13e
9	10	2 (7 p.) +	1 (3 p.) = 10 p.	« id. bains.	id. le 7e
12	9	2 (6 p.) +	3 (8 p.) = 14 p.	2 vés. id. affus.	mort le 20e
13	7	1 (3 p. 1/2) +	1 (3 p. 1/2) = 7 p.	« id.	guéri le 7e
15	15	1 (3 p. 1/2) +	2 (7 p.) = 10 p. 1/2.	2 v. syn. id. bains, affu.	mort le 16e
15	14	1 (5 p.) +	2 (7 p.) = 12 p.	« id. id. id.	guéri le 14e
15	10	4 (13 p.) +	2 (6 p.), 20 sang. = 20 p.	2 vés. id. id. glace.	mort le 41e
19	10	1 (3 p.) +	2 (6 p.) = 9 p.	« id.	guéri le 13e
			SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).		
	15	1 (3 p.) +	40 sang. = 6 à 7 p.	« id.	guér. le 17e
	8	1 (3 p. 1/2) +	1 (3 p.) = 6 p. 1/2.	« id.	id. le 6e
	8	«	1 (3 p. 1/2) 20 sang. = 5 à 6 p.	« id.	id. le 12e

REMARQUES.

La moyenne de l'âge de la maladie, à l'arrivée des ma-

lades, était de 11 jours environ. Dans trois cas, la maladie fut assez légère pour céder aux émollients, à la diète et aux chlorures. Dans les treize autres cas, tous graves, la *moyenne* des émissions sanguines fut de 11 à 12 palettes, le *maximum* de 23 à 24 palettes, et le *minimum* de 5 à 6 palettes.

Les malades qui succombèrent offraient un état extrêmement grave, au moment de l'entrée. Ils eussent été probablement sauvés, s'ils fussent entrés à une époque moins avancée de la maladie. L'un d'eux était au quinzième jour de la maladie, un autre au dixième jour, un 3e au neuvième, un 4e au huitième.

Juillet et août 1835.

Irritations du tube digestif sous forme d'embarras gastrique ou de légère fièvre bilieuse.	15	guéris.	15
		morts.	0
			15

On essaya, sans inconvénient, chez trois malades, l'ipécacuanha, et, de plus, l'huile de ricin, chez deux de ces malades.

Cas d'entéro-mésentérite (fièvre typhoïde).	26	guéris.	24
		morts.	2
			26

Chiffre de la mortalité, 1 sur 13.

Le tableau ci-après offrira le résumé de ces 26 cas.

Nos	AGE de la maladie à l'entrée.	SAIGNÉES.	VENTOUSES SCARIFIÉES.	SANGSUES.	VÉSICAT. ET AUT. ADJUV.	Date de la guérison ou de la mort après l'ent.
			SALLE SAINT JEAN (hommes).			
2	5 jours.	2 (7 palet.)	+ 2 (6 pal.)	= 13 p.	«	guéri le 14e jour.
3	5	2 (7 p.)	+ 2 (6 p.)	= 13 p.	«	*id.* le 10e
4	12	1 (3 p. 1/2)	+ 1 (4 p.)	= 7 p. 1/2.	«	*id.* le 7e
4	4	2 (7 p.)	+ 2 (6 p.)	= 13 p.	«	*id.* le 8e
5	9	3 (10 p. 1/2)	+ 1 (3 p.)	= 13 p. 1/2.	«	*id.* le 9e
6	6	1 (4 p.)	+ 2 (6 p. 1/2)	= 10 p. 1/2.	compr. froides.	*id.* le 10e
7	6	2 (7 p. 1/2)	+ 4 (12 p.)	= 19 p. 1/2.	2 vés. glace, affus., bains.	*id.* le 30e
7	15	1 (3 p. 1/2)	+ 1 (3 p.)	= 6 p. 1/2.	«	*id.* le 10e
8	15	3 (10 p.)	+ 2 (6 p.)	= 16 p.	2 vés. affus, bains.	mort le 25e
8	5	1 (3 p. 1/2)	+ 2 (6 p. 1/2)	= 9 p. 1/2.	1 vés. morphine.	guéri le 11e
9	3	« «	«		trait. par les chlorures.	*id.* le 7e
9	15	1 (3 p. 1/2)	+ 2 (7 p.)	= 10 p. 1/2.	«	*id.* le 10e
11	10	3 (10 p. 1/2)	+ 2 (6 p.), 35 sangs.	= 17 à 18 p.	2 vés. glace, frict., merc.	*id.* le 31e
12	10	1 (3 p. 1/2)	+ 1 (3 p. 1/2)	= 7 p.	«	*id.* le 6e
13	12	2 (7 p.)	+ 1 (3 p. 1/2)	= 10 p. 1/2.	«	*id.* le 8e
16	8	2 (7 p.)	+ 1 (3 p. 1/2)	= 10 p. 1/2.	«	*id.* le 8e
17	5	1 (4 p.)	+ 2 (3 p.)	= 7 p.	«	*id.* le 5e
19	8	1 (4 p.)	+ 2 (6 p.)	= 10 p.	2 vés., glace abd. et tête.	mort le 16e
20	10	1 (3 p. 1/2)	+ 2 (6 p.)	= 9 p. 1/2.	«	guéri le 10e
21	8	1 (4 p.)	+ 1 (3 p.)	= 7 p.	«	*id.* le 8e
22	10	2 (7 p.)	+ 1 (3 p.)	= 10 p.	«	*id.* le 6e
24	12	1 (3 p.)	+ 2 (6 p.)	= 9 p.	2 vés., glace abd. et tête.	*id.* le 16e
25	3	1 (3 p. 1/2)	+ 1 (3 p. 1/2)	= 7 p.	«	*id.* le 8e
26	10	2 (7 p. 1/2)	+ 3 (10 p.)	= 17 p. 1/2.	40 gttes h. cr. tigl. s. la poit.	*id.* le 16e
			SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).			
4	25	« «	3 (7 p.), 20 sangs.	= 7 à 8 p.	2 vés., glace, affus. musc.	guér. le 24e
10	12	1 (3 p. 1/2)	+ 2 (6 p. 1/2)	= 10 p.	2 vés., glace abd. et tête.	*id.* le 21e

REMARQUES.

Les cas compris dans cette série furent généralement très graves. Je citerai, en particulier, le malade du n° 11.

La maladie abdominale se compliqua d'un ramollissement cérébral bien caractérisé (paralysie avec rigidité d'un côté du corps, etc.), et d'un érysipèle qui parcourut une grande partie de la tête et du tronc. Ce malade avait été en proie à un chagrin violent avant son entrée. Nous fûmes assez heureux pour le sauver.

Les deux sujets que nous avons perdus arrivèrent dans l'état le plus alarmant. L'un d'eux était malade déjà depuis 15 jours. Cependant, même à cette époque de la maladie, et celle-ci étant très grave, il ne faut pas complétement désespérer du salut des malades. C'est ainsi, par exemple, que nous avons guéri la malade du n° 4, bien qu'elle ne fût entrée qu'au 25e jour de la maladie, dans un état des plus inquiétants, et offrant des phénomènes ataxiques très prononcés.

Terme moyen, les malades furent reçus au onzième jour après l'invasion.

La moyenne de la durée du traitement jusqu'à la convalescence bien confirmée, fut de 11 à 12 jours (1).

Du mois de novembre 1835 au 20 mars 1836.

PHLEGMASIES DU TUBE DIGESTIF.

Cas d'embarras gastrique (irritation gastrique légère). . . . 8 (guéris.)

Traités par les émolliens.

Cas de fièvre gastrique ou bilieuse (gastro-duodénite peu intense). 7 (guéris.)

Traités par les émolliens ou de légères émissions sanguines.

Cas d'entéro-colites. . . . . 2 (guéris.)

Entérite folliculeuse ou entéro-mésentérite typhoïde (espèce grave de l'affection ou fièvre typhoïde de MM. Louis et Chomel). 19 { guéris 18 / mort 1 — 19

Sur ce nombre, il n'y a eu qu'une femme.

(1) J'entends ici par convalescence confirmée, l'état des malades qui supportent déjà quelque nourriture (bouillons, potages, un biscuit avec un peu d'eau rougie, un œuf frais, une pomme cuite ou autres aliments semblables).

Le tableau suivant donnera l'indication de la durée de la maladie, du mode traitement, etc.

NUM.	DATE. DU DÉBUT	SAIGNÉES.	VENTOUSES.	SANGS.	VÉSICAT. etc.	CHLORURES.	DATE DE LA GUÉRISON OU DE LA MORT.	AGE.	OBSERVATIONS.
SALLE SAINT JEAN (hommes).									
21	7j.	2 = 7 p.	1 = 3 p.	«	«	trait. chlor.	guéri le 8ᵉ j.	19 ans.	affect. peu intense.
3	15	4 = 13 p.	2 = 6 p.	«	2 vés. mollets.	*id.*	guéri le 19ᵉ j.	21 —	— très grave.
17	10	1 = 3 p. 1/2.	2 = 6 p.	«	catapl. crot.	*id.*	guéri le 8ᵉ j.	25 —	— avec bronch.
22	25	3 = 9 p.	1 = 5 p.	12 temp.	2 vés. et sinap.	*id.*, comp. fr.	mort le 9ᵉ j.	22 —	— très gr. à l'entr.
12	8	1 = 3 p. 1/2.	2 = 7 p.	«	«	trait. chlor.	guéri le 8ᵉ j.	16 —	
2	9	1 = 3 p. 1/2.	3 = 10 p.	«	«	*id.*	guéri le 19ᵉ j.	23 —	— grave.
24	10	1 = 3 p. 1/2.	2 = 6 p.	«	2 vés. mollets.	*id.*	guéri le 6ᵉ j.	22 —	
16	5	3 = 9 p.	3 = 9 p.	«	«	*id*	guéri le 17ᵉ j.	25 —	
8	6	1 = 3 p.	2 = 6 .	«	«	*id.*	guéri le 6ᵉ j.	19 —	
13 *b.*	6	1 = 3 p. 1/2.	1 = 3 p.	«	«	*id.*	guéri le 5ᵉ j.	26 —	— légère.
15	2	3 = 9 p.	2 = 6 p.	«	1 vés. poitr.	*id.*	guéri le 8ᵉ j.	18 —	bronch.-pneumonie.
6	4	2 = 6 p. 1/2.	1 = 3 p. 1/2.	«	«	*id.*	guéri le 6ᵉ j.	19 —	
18	3	2 = 6 p. 1/2.	1 = 3 p.	«	«	*id.*	guéri le 9ᵉ j.	19 —	
25	5	1 = 3 p. 1/2.	1 = 3 p.	«	«	*id.*	guéri le 8ᵉ j.	22 —	
19	8	1 = 3 p.	1 = 4 p.	«	«	*id.*	guéri le 6ᵉ j.	21 —	— légère.
17	12	2 = 6 p.	3 = 9 p.	«	1 vés. 1 cat. cr.	*id.*	guéri le 29ᵉ j.	24 —	laryngo br. int. Rech.
23	4	3 = 9 p.	2 = 6 p.	«	1 catapl. crot.	*id.*	guéri le 17ᵉ j.	18 —	bronchite intense.
26	6	1 = 3 p.	1 = 3 p.	«	«	*id.*	guéri le 7ᵉ j.	23 —	affect. légère.
SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).									
7	8	1 = 3 p.	1 = 3 p.	«	«	*id.*	guér. le 10ᵉ j.		affect. grave.

RÉSULTATS.

Sur 19 malades, 18 guéris, 1 mort (entré le vingt-cinquième jour après le début de la maladie).

Moyenne des émissions sanguines. — 5 palettes de sang tiré par la lancette; 6 palettes de sang tiré par les ventouses. Total, 11 palettes.

La durée moyenne de la maladie, chez les 18 malades qui ont guéri, a été d'un peu moins de onze jours.

CHAPITRE IV.

PARALLÈLE ENTRE LES RÉSULTATS OBTENUS PAR L'ANCIENNE MÉTHODE DE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ET CEUX OBTENUS PAR LA NOUVELLE FORMULE DES ÉMISSIONS SANGUINES.

ARTICLE PREMIER.

Résultats de l'ancienne méthode.

Le rhumatisme articulaire aigu se termine rarement par la mort, même quand il n'est que mollement attaqué par les saignées à petite dose. Cependant, quand il coïncide avec une péricardite ou une endocardite, coïncidence dont j'ai signalé ailleurs la fréquence (1), cette terminaison peut avoir lieu, ainsi qu'on en lit quelques exemples dans la *Lancette française* (*Voyez*, en particulier, la collection de ce journal pour l'année 1835). Mais par cette méthode, la maladie, quand elle est très intense, se prolonge généralement pendant plusieurs septénaires, et passe assez souvent à l'état chronique. Or, quiconque aura

---

(1) *Traité clinique des maladies du cœur et recherches sur le rhumatisme articulaire aigu.*

lu avec attention le *Traité clinique des maladies du cœur, et les recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*, sera surabondamment convaincu qu'un très grand nombre de lésions dites organiques du cœur, nécessairement mortelles au bout d'un temps plus moins long, tirent leur origine d'un ancien rhumatisme articulaire aigu, avec coïncidence d'endo-péricardite. J'ai montré un si grand nombre de cas à l'appui de cette vérité, et il est si facile de s'en convaincre, en y mettant un peu de bonne volonté, que j'ai peine à concevoir comment un observateur aussi habile que M. le docteur Grisolle a pu élever le moindre doute à cet égard : c'est nier l'évidence (1).

Lorsqu'on abandonne à lui-même un rhumatisme articulaire aigu, sa durée est plus longue encore que dans les cas où il a été combattu par les émissions sanguines modérées ou à petite dose.

Enfin, il paraît que l'emploi de l'opium à haute dose peut être suivi d'accidents mortels.

Tout récemment, par exemple, il a été soutenu à la Faculté de médecine de Paris, une thèse où se trouvent trois observations qui semblent démontrer la possibilité d'une terminaison funeste dans les cas de rhumatisme articulaire aigu, traité par cette méthode (2). Cependant, dans ces trois cas, la maladie était beaucoup moins grave que dans la plupart de ceux où la méthode des saignées coup sur coup, sagement employée, est suivie d'un si prompt et si constant succès. Dans mes *Recherches sur le*

(1) Voyez le n° du 26 mars du *Journal hebdomadaire.* M. Grisolle, dont je sais apprécier le talent, me permettra de ne pas relever beaucoup d'inexactitudes qui lui sont échappées dans le travail auquel je fais ici allusion.

(2) Observations sur le rhumatisme articulaire aigu, traité par l'opium à haute dose; thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 1er mars 1836, par *Etienne-William Vergne.*

rhumatisme articulaire aigu, je disais : *Quelques méde-
« cins emploient maintenant l'opium à haute dose. Si
« ces médecins réussissent mieux que par la méthode
« que nous suivons, nous leur en ferons très volontiers le
« sacrifice.* » Les faits malheureux dont nous venons de parler ne sont pas propres à nous faire sacrifier notre méthode à celle de l'opium à haute dose.

ARTICLE II.

Résultats obtenus par la formule des émissions sanguines coup sur coup (1).

§ I.

Depuis le mois de septembre 1831 jusqu'au 20 mars 1836, nous avons recueilli 101 cas de rhumatisme articulaire aigu. Tous ces cas, un seul excepté, se sont terminés par la guérison. Le cas qui se termina d'une manière funeste, a été recueilli à une époque où je n'avais pas encore formulé les émissions sanguines coup sur coup; et d'ailleurs la mort fut la suite d'un vaste érysipèle phlegmoneux, avec accidents cérébraux. Quoi qu'il en soit, j'affirme que depuis l'usage des saignées ainsi formulées, il n'est mort, dans nos salles, aucun individu atteint de rhumatisme articulaire aigu : et dans combien de cas cependant n'avons-nous pas eu à combattre l'endocardite et la péricardite rhumatismales (2) !

(1) Je renvoie pour les détails de cette formule à mes *Recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*. Je dirai seulement ici que la quantité moyenne de sang que nous retirons dans les cas où le rhumatisme articulaire est très intense, monte à 4 à 5 livres, et qu'elle ne dépasse pas, au contraire, 2 ou 3 livres dans les cas de moyenne intensité.

(2) On lit dans le *Bulletin thérapeutique* pour le mois d'avril 1836, un cas de rhumatisme articulaire aigu qui s'est terminé par la mort, dans le service de M. Chomel. L'auteur anonyme de l'article que nous signalons

Un des effets les plus remarquables, j'ai presque dit les plus merveilleux, de cette formule, c'est la rapidité avec laquelle on arrête, on *jugule* une maladie jusques-là réputée si longue et si rebelle. Ainsi que je l'ai dit dans les *Recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*, dès le sixième, septième ou huitième jour (sauf quelques rares exceptions), la convalescence se déclare franchement, et l'on peut commencer à nourrir les malades. Alors la fièvre a complétement cessé, ainsi que les symptômes locaux.

En présence de pareils faits, on persiste à soutenir qu'il est peu d'affections contre lesquelles les secours de l'art soient plus impuissants que contre le rhumatisme articulaire aigu! « *Qu'on me signale*, a dit un auteur dans un journal de médecine, *qu'on me signale un médicament sous l'influence duquel un rhumatisme articulaire aigu, précédé et accompagné d'un mouvement fébrile intense, et parcourant successivement un grand nombre d'articulations, s'est terminé fréquemment le huitième, le dixième, le douzième jour, et je suis prêt à le regarder comme un* SPÉCIFIQUE : *malheureusement ce remède est encore à trouver.* »

Non, ce remède n'est plus à trouver. Il est vrai qu'il consiste dans une formule particulière des émissions sanguines, et que l'auteur dont nous parlons pourra dire

---

n'a pas craint d'insinuer que la formule des émissions sanguines coup sur coup, telle que je l'ai exposée, était cause de la mort du sujet. Or, il faut savoir qu'on a fait chez ce sujet, qui était, dit-on, une fille *lymphatique*, des saignées de 18 et même de 30 onces, au lieu de saignées de 12 à 15 onces, et que, au lieu de tirer 3, 4 ou 5 livres de sang, on en a tiré 8. Attribuer ainsi la mort d'un malade à une formule qui n'a pas été employée, est assurément un procédé dont je n'envie pas l'invention à son auteur. Je ferai seulement remarquer que si cette malade eût été traitée dans notre service, il est infiniment probable qu'elle n'eût pas succombé. Quand donc arrivera le jour de la justice et de la vérité ?

que cette formule n'est pas un *médicament spécifique*. A la bonne heure; je crois qu'en procédant avec cette philosophie, on cherchera longtemps encore le *spécifique* du rhumatisme articulaire aigu, comme aussi celui de la pneumonie, de la pleurésie, etc., etc.

Les analyses suivantes compléteront ce que j'avais à dire dans cet article.

§ II.

Relevé de dix cas de rhumatisme articulaire aigu, recueillis pendant le second semestre de l'année scolaire 1832-1833.

1° HOMMES (*Salle Saint-Jean-de-Dieu.*)

1er malade (19 ans), couché au n° 26. — 3 saignées de 4 palettes chacune; 24 sangsues. — Guéri le seizième jour après l'entrée.

2e malade (59 ans), couché au n° 13, moins fortement pris que le précédent. — 2 saignées de 3 à 4 palettes. — Guéri le dixième jour.

3e malade (22 ans), couché au n° 1. (Rhumatisme d'une assez grande intensité.) — 2 saignées de 3 à 4 palettes; 90 sangsues. — Guéri le quinzième jour.

4e malade (22 ans), couché au n° 11. — 2 saignées de 3 à 4 palettes; 16 sangsues. — Guéri le seizième jour.

5e malade (45 ans), couché au n° 9. — 3 saignées de 3 à 4 palettes. — Guéri le vingtième jour.

6e malade (25 ans), couché au n. 12. (Rhumatisme très intense, occupant presque toutes les articulations.) — 7 saignées de 3 à 4 palettes; 58 sangsues. — Guéri le vingt-cinquième jour.

7e malade (30 ans). (Rhumatisme des plus intenses qu'on puisse rencontrer, occupant presque toutes les articulations, avec fièvre très violente.) — 4 saignées de

3 à 4 palettes; 44 sangsues. — Guéri le quatorzième jour.

— Rechute grave, à la suite d'un refroidissement. — 3 nouvelles saignées de 3 palettes. — Guéri de nouveau, seize jours après la rechute.

2° FEMMES. (*Salle Sainte-Madeleine.*)

8e malade (19 ans), d'une constitution délicate, couchée au n° 9. (Rhumatisme intense, et l'un de ceux qui furent compliqués d'endocardite rhumatismale.) —. 4 saignées de 2 à 3 palettes; 6 sangsues. — Guérie le seizième jour (1).

9e malade (23 ans), couchée au n° 7. (Rhumatisme peu intense. — 20 sangsues. — Guérie du huitième au dixième jour.)

10e malade (45 ans), chlorotique, atteinte d'un catarrhe utéro-vaginal. — 1 saignée de 2 à 3 palettes; 15 sangsues. — Guérie le seizième jour.

Nota. Voici les moyens adjuvants : Boissons adoucissantes, diaphorétiques, bains; préparations opiacées soit à l'intérieur, soit à l'extérieur; quelques légers minoratifs; compression sur les articulations où il persistait de l'empâtement sans douleur; diète absolue, jusqu'à cessation de la fièvre.

(1) A la sortie de la malade, il existait encore un bruit de soufflet assez fort, qui masquait le claquement valvulaire du cœur. Le rhumatisme *extérieur* était entièrement dissipé.

TABLEAU STATISTIQUE *de* 16 *cas de Rhumatisme articulaire aigu, traités par la formule des saignées générales et locales coup sur coup, pendant cinq mois de l'année* 1834 (1).

NUMÉROS.	DATE DE LA MALADIE à l'entrée.	SAIGNÉES. du BRAS.	SANGSUES.	VENTOUSES SCARIFIÉES.	DURÉE du TRAITEMENT.	ÉPOQUE DE LA GUÉRISON après l'entrée (2).
SALLE SAINT JEAN (hommes).						
2	8e jour.	1 (4 pal.)	32	«	9 jours.	17 jours.
2	5e	4 (15 p.)	12	«	9	14
7	15e (rh. born. au gen.)	«	30	3 (10 p. 1/2)	17	32 (3).
10	15	4 (17 p.)	«	«	10	25
11	8	3 (11 p.)	«	«	6	14
12	3	6 (20 p.)	20	1 (3 p. 1/2).	23	26
13	15	3 (12 p.)	«	«	7	22
14	8	2 (9 p.)	94	2 (6 p.)	14	22
16	15e	4 (16 p.)	«	«	6	21
16	7e	2 (7 p.)	40	«	8	15
26	6e	1 (4 p.)	«	«	7	13
SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).						
3	5e	2 (7 p.)	«	2 (6 pal.)	12	17
4	7e	4 (12 p.)	11	«	12	19
7	3e	1 (3 p. 1/2)	24	«	11	14
9	3e	7 (24 p.)	«	«	16	19
12	5e	5 (11 p.)	157	«	15	20

NOTA. — La *moyenne* de la dose des émissions sanguines générales et locales, dans les cas ci-dessus a été d'environ 4 à 5 livres.

La *moyenne* de la durée jusqu'à complète guérison a été de 19 jours : nous entendons ici par complète guérison l'époque où les malades mangent le quart ou la demie.

(1) Chez un seul des malades chez lesquels le rhumatisme fut *généralisé*, une saignée du bras de 4 pallettes suffit à la guérison.

Les moyens adjuvants furent les suivants : Chez 9 des malades, quelques opiacés ; chez 2, un vésicatoire, plus un purgatif chez l'un d'eux ; chez 2, des bains ; chez 3, des frictions mercurielles avec ou sans compression des articulations.

(2) Nous ne portons ici comme guéris que les malades qui n'ont plus de fièvre, qui se lèvent, marchent et mangent le quart, la demie ou les trois quarts.

(3) On remarquera que, chez ce malade, le rhumatisme fut borné au genou, et qu'il fut le plus long, le plus rebelle de tous. Ce n'est pas, au reste, le seul cas de ce genre que nous ayons rencontré. Lorsque la maladie se concentre ainsi sur quelques articulations, elle a généralement plus d'intensité, plus de profondeur que dans les cas où elle est éparpillée sur un très grand nombre d'articulations. On remarquera également que chez ce malade le rhumatisme datait de quinze jours au moment de l'entrée, et que cependant il s'est terminé moins rapidement que ceux des malades arrivés quelques jours seulement après le début de la maladie. Cette observation s'adresse à ceux qui ont répondu à nos relevés, en disant que dans le cas où le rhumatisme était guéri aussi promptement que nous l'annonçons, c'est qu'il existait déjà depuis longtemps au moment de l'entrée. Cette objection nous a paru bien bizarre ; car, règle générale, on guérit d'autant plus rapidement le rhumatisme articulaire aigu, qu'il est de date plus récente au moment de l'entrée des malades.

De novembre 1835 au 20 mars 1836.

Cas de rhumatisme articulaire aigu. . . . . 17 (guéris).

De ces 17 cas, 7 appartenaient au rhumatisme subaigu.

Dans 9 cas, il y eut coïncidence d'endocardite.

La durée moyenne du traitement, dans les cas graves, fut de douze à treize jours.

Le traitement ne différa point de celui employé chez les malades des deux précédents relevés. C'est pourquoi il nous paraît inutile d'y insister.

On voit par ces tableaux et par tout ce qui précède que, même dans les cas extrêmes, nous n'avons jamais retiré 12 livres de sang. Il faut vraiment jouer de malheur pour être réduit à tirer autant de sang, surtout sans réussir à étouffer la maladie.

Ce malheur est arrivé à M. Chomel, ainsi que je le lui ai entendu dire, et le fait a d'ailleurs été publié dans un journal, auquel nous emprunterons le passage suivant :

« L'emploi des émissions sanguines a souvent été suivi « de soulagement; mais, quoiqu'on les ait employées « largement, on n'a jamais pu *juguler* la maladie (le rhu-« matisme). Je rappellerai entre autres l'observation « d'un malade à qui on tira DOUZE livres de sang : la ma-« ladie *sembla* se terminer le vingt-cinquième jour, mais « elle revint au bout de quelques jours et se prolongea « pendant une quinzaine. » (*Lancette franç.*, *résumé de la Clinique de M. Chomel;* 1er octobre 1835.)

Nous n'avons rien à répondre à cela, sinon qu'en mettant en usage la formule que nous venons de faire connaître, on obtiendra les mêmes résultats que nous. Encore une fois, il n'y a pas de comparaison à établir entre les effets produits par la soustraction de 4 à 5 livres de sang,

dans l'espace de 3 à 4 jours, et ceux produits par la soustraction de la même quantité de sang dans l'espace de huit, dix, quinze jours et même plus (1).

---

(1) Je ne sais vraiment pourquoi quelques personnes sont journellement à répéter qu'*elles saignent aussi comme nous, et que néanmoins elles n'obtiennent pas les résultats que nous annonçons.* Non, et cent fois non, dans ces cas, on ne saigne pas suivant notre formule, quoi qu'on en dise. En voici une preuve :

J'avais entendu soutenir à deux praticiens célèbres, qu'ils avaient saigné chacun un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, par la formule des saignées coup sur coup, et que cependant ils n'avaient point obtenu les succès par nous indiqués. Or, on verra par le récit des cas dont il s'agit, qui m'a été communiqué par des personnes dont le témoignage inspire une pleine confiance, qu'on s'est étrangement trompé, si l'on a cru avoir saigné à notre manière, et que partant il n'est pas étonnant qu'on n'ait pas obtenu les mêmes effets que nous.

PREMIÈRE OBSERVATION (*communiquée par M. Michel*).

François Hachette, âgé de 25 ans, menuisier, d'une constitution très robuste, d'un tempérament sanguin, ayant toujours joui d'une bonne santé fut pris, le 19 juillet 1835, dans la soirée, après un travail pénible dans un endroit bas, humide et exposé à des courants d'air, de frissons suivis de chaleur, puis de douleurs dans le coude et le poignet gauches, dans les deux genoux et les articulations tibio-tarsiennes. Hachette fut obligé de se coucher ; et après quatre jours de lit, pendant lesquelles il ne fit que boire de l'eau et du vin, il se décida à entrer à l'hôpital de la faculté.

Examen du malade le 23 juillet, jour de l'entrée : décubitus en supination ; face rouge ; peau chaude, couverte d'une sueur abondante ; le coude et le poignet gauches, les deux genoux, les articulations tibio-tarsiennes, sont tuméfiés, rouges, douloureux ; le malade ne peut remuer aucune de ces parties.

Prescription : *Une saignée de 3 palettes, boissons émollientes, diète.*

24 juillet. — Le malade offre les mêmes symptômes ; la saignée l'a peu soulagé ; la peau est chaude, la fièvre forte.

Une saignée de 3 palettes, boissons émollientes, diète.

25. — Le malade remue un peu les genoux et les pieds ; qui sont moins

CHAPITRE V.

PARALLÈLE ENTRE LES RÉSULTATS OBTENUS PAR LA MÉTHODE ORDINAIRE DES SAIGNÉES DANS LE TRAITEMENT DE L'ANGINE GUTTURALE OU TONSILLAIRE ET CEUX OBTENUS PAR LA NOUVELLE FORMULE DES ÉMISSIONS SANGUINES COUP SUR COUP.

ARTICLE PREMIER.

Résultats de l'ancienne méthode.

Dans ses *Recherches sur les effets de la saignée*, M. Louis dit: « Sur 23 sujets dont l'angine a été plus ou moins

---

douloureux; le coude et le poignet gauches sont encore tuméfiés, rouges; le pouls conserve sa fréquence.

Une saignée de 4 palettes, boissons émollientes, diète.

26. — La fièvre est moins forte, les articulations moins tuméfiées; cependant le malade ne peut encore sortir de son lit.

Boissons émollientes, potages.

Pendant la journée du 27, le malade sort de son lit et se promène dans les salles.

28. — Le pied gauche est enflé, douloureux; le pouls a repris sa fréquence.

12 sangsues au pied gauche, cataplasmes, boissons émollientes, diète.

29. — Le pied gauche est moins tuméfié, moins rouge: mais le pied droit commence à devenir douloureux; la fièvre est toujours forte.

15 sangsues au pied droit, boissons émollientes, cataplasmes.

30. — Le malade remue un peu les pieds; le pouls a perdu de sa fréquence.

Boissons émollientes, cataplasmes, potages.

31. — Les pieds sont à peu près dégagés; les autres articulations entreprises sont encore un peu tuméfiées, mais peu douloureuses.

Bain.

Par un temps froid, le malade traverse la cour de l'hôpital pour se rendre à son bain.

1er août. — Les deux pieds sont de nouveau affectés de rhumatisme; la fièvre est forte.

12 sangsues à chaque articulation tibio-tarsiennne, cataplasmes.

2. — Le soulagement n'est pas appréciable: les pieds sont dans le

« forte, 13 ont été saignés, la durée moyenne de l'affec-
« tion fut de 9 jours chez ces malades; de 10 jours 1/4
« chez les autres..... L'influence de la saignée sur la marche
« de l'angine est extrêmement bornée. »

Cette conclusion est rigoureusement déduite des faits analysés par M. Louis. Que prouve-t-elle? que la formule des émissions sanguines employée dans ces cas n'a qu'une *influence extrêmement bornée sur la marche de l'angine.* Mais ce serait se tromper étrangement que d'en conclure

---

même état d'inflammation; les genoux commencent à devenir douloureux: le médecin renonce à l'emploi des émissions sanguines.

Depuis le 2 août, le malade n'a pas quitté son lit; il a constamment souffert des genoux et des articulations tibio-tarsiennes.

Aujourd'hui, 1er septembre, les genoux sont peu douloureux; mais le coude et le poignet droits sont rouges, tuméfiés; la fièvre existe toujours.

Le traitement consiste en des *boissons émollientes, des cataplasmes laudanisés, et quelques gouttes d'oxymel scillitique.*

Je le demande, en conscience, est-ce la formule des saignées coup sur coup (4 dans l'espace de 24 heures, y compris la saignée locale), qui a été employée chez le précédent malade? Et cette observation dont on a argué pour attaquer les résultats de notre formule, n'est-elle pas, au contraire, une nouvelle preuve de son incontestable supériorité sur les autres formules, puisque en effet les émissions sanguines, bien que n'ayant point été ménagées ici, mais ayant été pratiquées à de trop longs intervalles les unes des autres, n'ont pas été suivies d'une prompte guérison, et n'ont pas même enrayé notablement le cours de la maladie? Encore une dernière fois, nous savons très bien que les saignées ainsi pratiquées ne *jugulent* pas les maladies, ne les guérissent pas même très souvent, et c'est précisément parce que nous savons parfaitement cela, que nous avons proposé une autre formule.

Mais voyons la seconde observation.

SECONDE OBSERVATION.

Le sujet de cette seconde observation est une domestique de 22 ans, à laquelle on disait avoir vainement retiré 10 à 12 livres de sang par la méthode des saignées coup sur coup. Elle était depuis deux mois et demi

qu'une formule plus énergique n'aurait pas des résultats plus avantageux. C'est ce que nous allons prouver dans l'article suivant.

ARTICLE II.

Résultats de la nouvelle formule des émissions sanguines.

§ I.

Je n'ai pas fait le relevé de tous les cas d'angine, que j'ai traités depuis quatre ans. Le nombre s'en est élevé à une centaine au moins, et aucune n'a été mortelle. Nous avons eu à traiter cependant un bon nombre de ces graves *esquinancies* dont la terminaison n'est que trop souvent mortelle, comme on peut s'en assurer en lisant les auteurs qui

---

à l'Hôtel-Dieu, qu'elle n'était pas encore guérie, et cependant le rhumatisme articulaire aigu pour lequel elle avait été reçue ne datait que de trois jours au moment de son admission.

Elle sortit sans être entièrement guérie; et, quinze jours plus tard, elle fut admise à l'hôpital de la Charité (service de M. Fouquier), les douleurs articulaires étant alors peu vives, mais presque générales.

C'est là que M. le docteur Jules Pelletan recueillit des détails sur la manière dont elle avait été traitée à l'Hôtel-Dieu. Or, il résulte de ces détails qu'au lieu d'avoir été saignée coup sur coup, comme nous le pratiquons, elle n'avait pas même été saignée tous les jours, mais bien de deux jours l'un, jusqu'au 8e jour.

De plus, 15 sangsues furent appliquées à l'épaule droite, 8 aux poignets, 28 aux malléoles (bien entendu que toutes ces sangsues furent appliquées à plusieurs reprises différentes).

Dans cette seconde observation, ce dont on doit être étonné, ce n'est pas de la longue durée de la maladie, mais bien ce que de pareils faits soient donnés à titre d'exemples des saignées pratiquées suivant notre formule.

Et voilà justement comme on écrit l'histoire !

En définitive, pour la juste appréciation de la formule des émissions sanguines coup sur coup, nous en appelons à l'opinion publique éclairée par une sage expérience. C'est de ce tribunal suprême que relèvent toutes les questions de ce genre.

ont écrit sur cette maladie. J'en ai moi-même observé et publié quelques cas, à l'époque où j'étais interne dans les hôpitaux (1).

Depuis le mois de juin 1835 jusqu'au 20 mars 1836,

---

(1) Depuis que ceci est écrit, un homme, après 24 heures de séjour dans notre service, a été emporté par une angine tonsillaire suffocante, j'ai presque dit foudroyante. Les personnes qui le conduisirent affirmèrent qu'il n'était malade que depuis quatre jours environ. Une saignée de 3 a 4 palettes lui fut pratiquée quelques heures après son entrée. Quand je le vis, le lendemain 28, il était dans l'état le plus alarmant : il ne pouvait ni parler, ni cracher, ni avaler ; à travers la légère ouverture dont la bouche était susceptible, on voyait le gosier obstrué par les amygdales tuméfiées ; le malade criait, s'agitait convulsivement quand il avalait quelques gouttes de boisson ; le pouls était faible, petit, à 120 ; la peau sèche, aride, brûlante ; la langue sèche, comme grillée. On prescrivit une nouvelle saignée de 3 palettes et une triple application de 20 sangsues au cou.

Dans la journée, la gorge se dégage un peu. Mais le pouls devient irrégulier, intermittent ; les battements du cœur sont tumultueux et les bruits de cet organe sont sourds, étouffés, à peine perceptibles.

A ces signes, M. Chapel, jeune observateur plein de talent, reconnaît la formation de caillots dans le cœur.

Le malade succombe à 6 heures, comme *asphyxié*.

Autopsie cadavérique, 15 heures après la mort. — Visage livide, violacé comme dans l'asphyxie.

Les deux amygdales, d'un volume beaucoup moindre que pendant la vie, sont profondément ulcérées à leur face interne, ramollies et en suppuration ; une injection vive se remarque dans quelques points seulement ; la membrane muqueuse du pharynx est tapissée d'une couche de pus ou de mucus puriforme. Le larynx est libre. — *Les cavités droites du cœur sont hermétiquement obstruées par une concrétion fibrineuse analogue à la couenne du sang, enveloppant de toutes parts la valvule tricuspide et se prolongeant au loin dans la veine cave supérieure et inférieure, dans les veines jugulaires et dans l'artère pulmonaire. En réunissant les divers portions de cette concrétion, on en forme une masse du volume du poing. — Une concrétion semblable, mais moins grosse, existait dans les cavités gauches du cœur, dans l'aorte et les veines pulmonaires* *.

* Avant l'ouverture du corps, j'annonçai le diagnostic de M. Chapel, et cette ouverture le confirma de la manière la plus évidente.

le nombre des angines dont j'ai fait le relevé s'élève à 27. Plusieurs d'entr'elles ont été fort graves, et quelques-unes ont affecté la forme diphthéritique ou pseudo-membraneuse. La plupart ont cédé à une saignée de 3 à 4 palettes et à une application d'une trentaine de sangsues, faite immédiatement après la saignée. Dans quelques cas très graves, il fallut répéter deux jours de suite cette émission sanguine. Un cas de ce genre s'est présenté à nous ces jours derniers. Un jeune homme d'une vingtaine d'années est conduit à la clinique pour une angine datant de deux jours. avant l'entrée, 15 sangsues avaient été appliquées sans succès. Les amygdales étaient tellement gonflées, qu'elles se touchaient par leur face interne. Le pouls était à 100; le visage offrait une teinte bilieuse, et il existait un peu de stupeur.

3e jour de la maladie : *saignée 3 à 4 palettes*, 30 *sangsues*.

4e jour. — point de soulagement marqué. *Saignée de 4 palettes*, 30 *sangsues*. J'annonce que cette nouvelle émission sanguine jugulera la maladie.

5e jour. — Le malade se trouve bien, fièvre presque nulle; un intervalle de six à huit lignes sépare les amygdales.

6e jour. — Appétit; amygdale gauche revenue à son volume normal, amygdale droite encore un peu gonflée (bouillon).

7e jour. — Résolution. (Bouill. potage).

8e jour. — Le malade mange le *demi-quart*.

9e jour. — Il se sent assez fort pour sortir.

Je puis affirmer, de la manière la plus positive, que rien n'est plus aisé que de juguler en 3 ou 4 jours une angine intense *récente*, attaquée par la formule des saignées coup sur coup, comme dans le cas précédent.

Le tableau suivant donnera une idée des modifications de cette formule, selon les cas.

§ II.

Juillet et août 1835.

Cas d'angine tonsillaire. . . . . 9 (tous guéris).

Nos	AGE de la maladie à l'entrée.	SAIGNÉES.	SANGSUES, VENTOUSES SCAR.	DATE de la guérison après l'entrée.
			SALLE SAINT-JEAN (hommes).	
1	8 jours.	1 (3 p. 1/2)	20 sangs.	guéri le 4e j
15	6	*id.* *id.*	40 s. et 2 appl. vent. (6 p.)	*id.* le 6e
17	6	*id.* *id.*	50 sangs.	*id.* le 7e
19	3	*id.* *id.*	30 sangs.	*id.* le 5e
19	4	*id.* *id.*	*id.*	*id.* le 5e
			SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).	
5	1 (1).	1 (3 p.)	40 sangs.	*id.* le 5e
8	2	1 (3 p. 1/2)	50 sangs.	*id.* le 6e
12	3	*id.* *id.*	20 sangs.	*id.* le 4e
13	4	*id.* *id.*	30 sangs. huile de ricin ℥ ij	*id.* le 3e

REMARQUES.

Chez le malade du no 1, l'amygdalite était compliquée d'angine laryngée.

Chez la femme du no 8, l'angine tonsillaire était accompagnée de plaques diphtéritiques.

Chez le malade du no 15, l'amygdalite était d'une extrême gravité. C'est la raison pour laquelle le traitement fut plus énergique que chez aucun des autres malades.

---

(1) Entrée pour une autre maladie, cette femme en était guérie, lorsqu'elle fut prise d'une angine tonsillaire, avec œdème aigu du tissu cellulaire sous-maxillaire.

CHAPITRE VI.

PARALLÈLE ENTRE LES RÉSULTATS OBTENUS PAR LA MÉTHODE ORDINAIRE DES ÉMISSIONS SANGUINES DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE ET CEUX OBTENUS PAR LA NOUVELLE FORMULE DES SAIGNÉES COUP SUR COUP.

ARTICLE PREMIER.

Résultats de l'ancienne formule.

Selon M. Louis, le seul observateur qui, jusqu'ici, ait étudié, avec une rigoureuse précision, les effets de la saignée *classique* dans l'érysipèle de la face, cette méthode *n'aurait que fort peu d'influence sur la marche de la maladie qui nous occupe* (1).

« De 33 sujets atteints d'érysipèle de la face, et qui tous « étaient dans un état de santé parfaite, au moment où « ils furent atteints de cette maladie, 21 furent saignés. « La durée moyenne de l'affection fut de 7 jours 1/4 chez « l'un deux, et de 8 chez les autres; c'est-à-dire, qu'a- « près cette époque, l'érysipèle cessa de s'étendre; que « les symptômes locaux, la rougeur, la dureté et l'épais- « sissement de la peau diminuèrent. Il semble donc que, « dans les cas dont il s'agit, les émissions sanguines ont « abrégé la durée de la maladie de trois quarts de « jour (2).

Après avoir signalé le *faible degré d'utilité* de la saignée

---

(1) *Recherches sur les effets de la saignée.*

(2) Ceci ne me paraît pas bien clair. En effet, pour savoir si tel a été le résultat de la saignée, il faudrait qu'on eût indiqué la durée de la maladie chez les sujets non saignés. Or, par une omission, d'ailleurs peu importante, il n'est point question de cette durée dans le passage qui vient d'être textuellement rapporté des *recherches* de M. Louis *sur les effets de la saignée.*

générale, et avoir ajouté qu'il *est douteux que les sangsues aient ce faible degré d'utilité* (*Op. cit.*, pag. 25), M. Louis poursuit ainsi :

« On objectera peut-être encore aux conséquences qui « me paraissent découler rigoureusement des faits, que « les malades atteints d'érysipèle de la face éprouvent « assez ordinairement un soulagement réel, ont le visage « beaucoup moins rouge, pendant la saignée, ou immé- « diatement après, qu'avant. Ce soulagement et cette pâ- « leur de la face ont effectivement lieu *quelquefois ; mais « ils sont momentanés, et les sujets qui les éprouvent ne « guérissent pas plus rapidement que les autres. De ma- « nière que la seule conséquence à tirer de ce fait, c'est « qu'il ne faut pas confondre les effets immédiats et les « effets thérapeutiques, à proprement parler, des médica- « ments.*

« D'ailleurs, comme on l'a déjà vu pour la pneumonie, « on *s'explique très bien* comment l'utilité des émissions « sanguines dans l'érysipèle de la face a été exagérée, « en considérant ce qui eut lieu dans quelques cas où la « saignée fut faite à une époque éloignée du début. En « effet, chez trois sujets dont la veine fut ouverte au si- « xième jour de la maladie seulement, il y eut, dès le len- « demain, une amélioration remarquable dans tous les « symptômes; et cette amélioration fit des progrès ra- « pides. Mais qui ne voit que dans ces cas, l'érysipèle « étant voisin de son terme le plus ordinaire, au moment « où la saignée fut pratiquée, il n'y a peut-être eu, dans « l'amélioration indiquée, qu'une simple coïncidence ? »

Je suis toujours frappé d'une sorte d'admiration pour le talent d'observation avec lequel M. Louis a su réduire à presque zéro la valeur de l'ancienne formule des émissions sanguines, telle qu'elle fut employée par M. Chomel, dans le service duquel furent recueillis les faits analysés par

M. Louis, avec tant d'exactitude et de précision. Aussi me suis-je fait une loi de motiver principalement la réforme à laquelle j'ai soumis la méthode des émissions sanguines, sur les recherches cliniques de M. Louis concernant cette méthode. Certainement, si quelque chose justifie, légitime et *consacre*, pour ainsi dire, cette réforme, ce sont les faits observés et analysés par M. Louis. Je n'y aurais point songé, si moi-même, pendant les longues années que j'ai passées à recueillir des faits dans une foule de services divers, je n'étais arrivé aux mêmes conclusions que M. Louis sur la valeur des émissions sanguines telles que je les voyais employer, et telles que je les ai malheureusement employées pour mon propre compte, pendant un certain temps.

Mais si M. Louis a jugé d'une manière très juste les effets des émissions sanguines ordinaires, il s'est énormément trompé, j'ose le dire, en généralisant les conclusions qu'il a tirées des cas où elles ont été employées, c'est-à-dire en les appliquant aux émissions sanguines en général, quelle que soit la formule à laquelle on les ait soumises. Ce que j'affirme ici, comme je l'ai fait à l'occasion des maladies dont il a été question dans les précédents chapitres, c'est que les conclusions de M. Louis appliquées aux cas où la formule des émissions sanguines coup sur coup a été mise en usage, sont tellement contraires à l'observation la plus exacte, que M. Louis lui-même ne les défendrait pas un seul moment, s'il avait été témoin des faits qui ont eu lieu dans notre service, et qu'il pourra observer dans le sien quand il le voudra.

Personne que je sache n'a donc publié sur la mortalité de l'érysipèle de la face des documents un peu précis. Sans doute, il est assez rare de voir succomber des individus atteints de cette phlegmasie, traités par les méthodes ordinaires. Cependant, des cas de ce genre se présentent de

temps en temps, soit dans la ville, soit dans les hôpitaux. Le plus ordinairement alors, la mort arrive à la suite d'accidents inflammatoires du côté des méninges et du cerveau. Il y a environ deux ans, qu'ayant voulu expérimenter l'émétique en lavage, nous faillîmes perdre d'une autre manière un individu chez lequel l'érysipèle s'était présenté sous une forme d'une moyenne gravité. Après deux ou trois jours de l'emploi de ce moyen, nous vîmes survenir tous les symptômes de la fièvre typhoïde (entérite typhoïde) la mieux conditionnée (1), qui retint le malade au lit pendant six semaines environ, et dont nous triomphâmes par la formule indiquée précédemment. C'est-là, sans doute, un cas exceptionnel. Toutefois, depuis cette expérience, nous avons pris la ferme résolution de ne point essayer l'émétique en lavage, tant célébré autrefois, dans les cas où l'érysipèle est accompagné d'un mouvement fébrile considérable, ainsi que cela avait lieu chez notre malade.

Les seuls documents positifs que je puisse citer ici sur la mortalité de l'érysipèle sont les suivants (je ne les rapporte que comme exemples de mort produite par cette maladie, et je ne prétends en tirer aucune conclusion générale).

Dans un relevé que M. Rostan a fait insérer dans le nu-

---

(1) L'éruption typhoïde fut très prononcée et il se forma de profondes et larges escarrhes, qui retardèrent la convalescence. Les nombreux témoins de ce fait ne doutèrent pas que la fièvre typhoïde (entérite typhoïde) de ce sujet n'eût été, en grande partie, fabriquée de toutes pièces par l'emploi de l'émétique, et ce cas frappa d'autant plus leur attention qu'à cette époque plusieurs érysipèles avaient été jugulés par les saignées coup sur coup. C'était même pour comparer les effets des évacuants avec ceux des émissions sanguines selon notre formule, que j'avais administré l'émétique à ce malade. Ce que tout le monde pensa, c'est que par notre formule nous aurions prévenu la maladie à laquelle le sujet fut près de succomber, d'autant plus que nous avions choisi ce malade parmi les cas d'une moyenne gravité.

méros 78 du tome IX de la *Lancette française*, 4 érysipèles sont inscrits sur la liste des guérisons, et 2 sont portés sur la liste des morts. Parconséquent, dans ce relevé dont je suis bien loin, je le répète, de vouloir généraliser le résultat, la mortalité aurait été de 2 sur 6, c'est-à-dire d'un tiers.

Dans le résumé déjà cité de M. Montault (service de M. Guéneau de Mussy), voici ce qui est relatif à l'érysipèle.

Nombre d'érysipèles	25	à la face	7
		divers	18
			25

Chiffre de la mortalité 3 ou 1 sur 8 à peu près (1).

ARTICLE II.

Résultats de la nouvelle formule.

Je n'ai pas pour le moment sous les yeux tous les cas d'érysipèle de la face qui ont été reçus dans ma clinique depuis quatre ans. Tout ce que je puis assurer, c'est qu'aucun des malades que nous avons traités n'a succombé.

Depuis le mois d'avril 1834 jusqu'au 20 mars 1836, 53 individus, atteints d'érysipèle de la face, ont été admis dans mon service. Tous ceux chez lesquels la formule des émissions sanguines générales et locales coup sur coup a été employée, ont été guéris avec une facilité et une rapidité étonnantes. Leur nombre est d'une trentaine environ. Ils ont été, comme on le présume bien, choisis parmi les malades les plus gravement atteints : chez tous,

(1) Dans le premier cas de mort, il existait une hypertrophie du cœur (l'érysipèle occupait la face). Dans le second cas, l'érysipèle était phlegmoneux et occupait les membres inférieurs. Dans le troisième cas, l'érysipèle occupait la cuisse et devint gangréneux (il existait une complication de gastro-colite chronique).

le mouvement fébrile était considérable (100 à 120 pulsations, chaleur ardente, sécheresse, aridité de la peau), et chez plusieurs, il existait un état de stupeur très prononcé avec fétidité de l'haleine, ce qui nous faisait donner l'épithète de *typhoïde* à l'érysipèle dont ils étaient affectés. Plusieurs de ces érysipèles avaient envahi le cuir chevelu et offraient la forme phlegmoneuse (1).

Il est bien entendu que, dans cette phlegmasie comme dans les précédentes, la formule est modifiée selon l'intensité de la maladie, l'âge, la force des sujets, etc. Ainsi, par exemple, dans les cas où l'érysipèle offre une moyenne intensité, une saignée de 3 à 4 palettes et l'application d'une trentaine de sangsues le jour même où je vois les malades pour la première fois, suffisent à la guérison. Dans les cas où l'intensité et la gravité de l'érysipèle sont à leur *maximum*, nous avons été obligés d'enlever de 4 à 5 livres de sang dans les deux ou trois premiers jours. C'est alors surtout que la maladie était réellement *jugulée*. Et qu'on ne s'imagine pas, avec M. Louis, que ces guéri-

---

(1) C'est à l'occasion d'une série d'érysipèles de ce genre, que l'auteur d'un article inséré dans la *Lancette française* (nº du 5 juin 1834), a dit : « Tous les jours on lit dans les recueils périodiques des observations d'é-« rysipèles graves, qui n'ont point été guéris par les émissions sanguines : « dans ces cas, le traitement n'est en défaut que parce qu'il n'a été manié « que par des mains inhabiles ou pusillanimes.

« Depuis un mois, la clinique de M. Bouillaud nous a offert un assez « grand nombre d'érysipèles de la face, qui tous ont été *jugulés* dans l'es-« pace de deux à trois jours. Au moment où nous écrivons ces lignes, un « homme couché au nº 12 de la salle St-Jean-de-Dieu, entre en conva-« lescence d'un érysipèle de toute la face qui a été jugulé dans l'espace de « deux jours. »

Le témoignage de l'auteur de cet article, dont je ne connais pas le nom, est conforme à celui de MM. les docteurs Jules Pelletan, Raciborski, qui ont publié plusieurs cas d'érysipèle *jugulé* par les saignées coup sur coup (voy. la *Lancette française* et le *Journal hebdomadaire*).

sons, en apparence si merveilleuses, tenaient à ce que les émissions sanguines étaient faites vers le déclin de la maladie. Au contraire, la guérison était, en général, d'autant plus rapide que la maladie était plus récente. Par exemple, deux des six érysipèles que nous reçûmes dans les mois de juillet et août 1835, furent d'une telle gravité que 19 à 20 palettes de sang durent être retirées coup sur coup. Hé bien! l'un des malades, qui fut entièrement guéri (1) le sixième jour après l'entrée, n'avait été pris de son érysipèle que trois jours avant cette entrée, tandis que le second qui ne fut entièrement guéri que le neuvième jour après son entrée, était malade depuis six jours au moment de son admission.

Au reste, je déclare que, dans tous les cas où une phlegmasie telle que l'érysipèle est manifestement sur son déclin, je m'abstiens ordinairement de toute émission sanguine (2), ou du moins des saignées coup sur coup.

Dans plusieurs cas d'érysipèle très légers, j'ai abandonné la maladie à elle-même, ou bien je l'ai traitée par les évacuants, l'ipécacuanha, les frictions mercurielles (3).

---

(1) Par ces mots entièrement *guéri*, je veux dire que déjà le malade prenait des aliments. Quant à la cessation de la fièvre et des symptômes locaux, dès le 3e ou 4e jour, elle avait eu lieu. Or, dans des cas aussi graves, si la méthode dont M. Louis a jugé les effets, eût été employée, ou la maladie se serait probablement terminée quelquefois d'une manière funeste, ou du moins la cessation de la fièvre et des symptômes locaux se serait fait attendre jusqu'au 9e ou 12e jour.

(2) Je dis ordinairement et non constamment, car il peut se présenter des indications qui réclament la saignée.

(3) C'est pour l'instruction des élèves que j'emploie quelquefois ces différentes méthodes; mais je ne le fais que dans les cas où la maladie n'est pas très grave, car alors c'est à la formule des émissions sanguines que j'ai re-

CHAPITRE VII.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES DU PARALLÈLE ENTRE LES EFFETS DE LA MÉTHODE ORDINAIRE DES ÉMISSIONS SANGUINES ET CEUX DE LA NOUVELLE FORMULE DES SAIGNÉES GÉNÉRALES ET LOCALES COUP SUR COUP.

Des 134 faits (1) analysés dans le chapitre premier de ses *Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires*, M. Louis tire les conclusions suivantes, déjà rapportées ailleurs :

« La saignée n'a eu que peu d'influence sur la marche « de la pneumonie, de l'érysipèle de la face et de l'angine « gutturale, chez les malades soumis à mon observation; « son influence n'a pas été plus marquée dans les cas « où elle a été copieuse et répétée que dans ceux où elle « a été unique et peu abondante; on ne jugule pas les « inflammations, comme on se plaît trop souvent à le « dire; dans les cas où il paraît en être autrement, c'est « sans doute, ou parcequ'il y a eu erreur de diagnostic, « ou parceque l'émission sanguine a eu lieu à une époque « avancée de la maladie, quand celle-ci était voisine de « son déclin. »

Des 532 cas (2) résumés dans les précédents chapitres,

---

cours, la seule capable de prévenir *sûrement* une terminaison funeste. J'ai parlé plus haut d'un cas où l'émétique en lavage fut suivi d'une grave entéro-mésentérite (fièvre typhoïde). C'est une leçon qui n'a pas été perdue pour moi ni pour tous ceux qui ont été témoins du fait.

(1) 78 cas de pleuro-pneumonie, 33 d'érysipèle de la face et 23 d'angine gutturale.

(2) 152 cas de pleuro-pneumonie, 21 cas de pleurésie, 178 cas d'entéro-mésentérite typhoïde (*fièvre* ou *affection typhoïde*), 101 cas de rhumatisme articulaire aigu, 27 cas d'angine et 53 cas d'érysipèle.

Des cas nombreux de péricardite et d'endocardite se trouvent compris parmi ceux relatifs au rhumatisme articulaire aigu, à la pleurésie et à la pleuro-pneumonie.

Parmi les 532 cas ci-dessus indiqués, il en est quelques-uns où nous

je crois pouvoir conclure, au contraire, que la *saignée exerce une puissante influence sur la marche de la péripneumonie, de l'érysipèle de la face, de l'angine gutturale, etc.; que son influence tient à la formule que nous avons employée; qu'on jugule,* DANS DES CAS DÉTERMINÉS, *les inflammations par l'emploi de cette formule; que, dans les cas où nous disons les avoir jugulées, ce n'a point été une* SIMPLE APPARENCE, *due à ce qu'il y a eu erreur de diagnostic, ou à ce que l'émission sanguine a eu lieu à une époque avancée de la maladie, quand celle-ci était voisine de son déclin, attendu que d'une part, nous n'avons apprécié ses effets que dans des cas bien dessinés, et qu'alors, quelque peu d'habileté et d'expérience qu'on veuille bien nous supposer, il nous eut été difficile de commettre une erreur dans le diagnostic d'une angine gutturale, d'un érysipèle de la face, voir même d'une pleuro-pneumonie, et que, d'autre part,* TOUTES CHOSES ÉTANT D'AILLEURS ÉGALES, *nous avons jugulé la maladie avec d'autant plus de facilité qu'elle était plus voisine de son début* (1).

Nous nous plaisons à repéter que les conclusions de M. Louis sont vraies, appliquées aux émissions sanguines telles qu'il les a étudiées, mais qu'elles cessent d'être justes hors des limites des faits observés par ce médecin. Nous en appelons aux lumières et à la bonne foi de M. Louis pour ce qui concerne notre formule.

---

avons pu nous dispenser des saignées coup sur coup. Car, il est bien entendu, une fois pour toutes, que nous réservons cette formule pour les cas rebelles à l'ancienne méthode.

(1) Nous répéterons que nous ne concevons pas qu'il y ait au monde un *observateur* assez peu favorisé du ciel, pour avoir confondu la guérison d'une maladie qui touche à son déclin avec celle de la même maladie à sa première période de développement ou à sa période de complète évolution (période d'*augment* et période d'*état*, pour parler le langage de l'école).

Qu'il l'expérimente, et il reconnaîtra forcément que ses bienfaits et sa puissance sont aussi évidents que le peu d'éfficacité des émissions sanguines selon la méthode qu'il a appréciée.

M. Louis reconnaîtra que par l'emploi de cette formule dans les maladies inflammatoires qui viennent de nous occuper, dans la pleuro-pneumonie et l'entéro-mésentérite typhoïde spécialement, la mortalité peut être diminuée de moitié au moins. S'il en est réellement ainsi, comme n'en doutent pas tous ceux qui ont été longtemps témoins de l'emploi de cette formule, on peut, chaque année, en France, conserver au pays plusieurs milliers des individus, ordinairement jeunes et vigoureux, que ces deux maladies moissonnent (1).

C'en est donc fait de l'ancienne méthode des émissions sanguines, dans le traitement des grandes phlegmasies aiguës, et la nouvelle formule, susceptible, peut-être, de quelques améliorations, finira nécessairement tôt ou tard par lui être substituée : *voilà mon dernier mot.*

---

(1) Je désire vivement que cette assertion, trop grave pour que j'ose l'avancer sans l'avoir bien *pesée*, soit enfin soumise à une enquête convenablement organisée.

FIN.

TABLE

DES MATIÈRES.

PREMIÈRE PARTIE.

RÉSUMÉ PHILOSOPHIQUE DES PRINCIPALES ÉPOQUES DE LA MÉDECINE, SUIVI D'UN COUP D'OEIL RAPIDE SUR L'HISTOIRE DES INSTITUTIONS CLINIQUES.

PREMIÈRE SECTION.

SEGONDE SECTION.

DEUXIÈME PARTIE.

PRINCIPES DE PHILOSOPHIE MÉDICALE, OU CONSIDÉRATIONS SUR L'ART D'OBSERVER, D'EXPERIMENTER ET DE RAISONNER, EN MÉDECINE.

CHAPITRE I.

CHAPITRE II.

CHAPITRE III.

TROISIÈME PARTIE.

DES GÉNÉRALITÉS DE LA CLINIQUE MÉDICALE

CHAPITRE I.

CHAPITRE II.

CHAPITRE III.

CHAPITRE IV.

CHAPITRE V.

CHAPITRE VI.

QUATRIÈME PARTIE.

STATISTIQUE COMPARÉE DU TRAITEMENT DES PRINCIPALES PHLEGMASIES AIGUES, OU PARALLÈLE DES RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES DE LA NOUVELLE FORMULE DES ÉMISSIONS SANGUINES AVEC CEUX DES FORMULES GÉNÉRALEMENT ADOPTÉES.

CHAPITRE I.

CHAPITRE II.

CHAPITRE III,

CHAPITRE IV.

CHAPITRE V.

CHAPITRE VI.

CHAPITRE IV.

FIN DE LA TABLE.

IMPRIMERIE D'HIPPOLYTE TILLIARD, RUE ST-HYACINTHE-ST.-MICHEL, 30.

Fautes à corriger.

Page 3, ligne 11, vétable, *lis.* véritable.
— 2, — 24, empirisme, *lis.* empirisme grossier.
— 12, dernière ligne de la note, écrit, *lis.* écrits.
— 52, — 8, tèrs, *lis.* très.
— 55, — 17, leur, *lis.* leurs.
— 61, Dernière ligne de la note, la, *lis.* à la.
— 72, — 26, on, *lis.* ont.
— 113, La première note doit être mise à la place de la seconde et réciproquement.
— 123, — 19, désigné, *lis.* désignés.
— 140, — 29, où, *lis.* ou.
— 208, — 12, si de ce que, *lis.* de ce que.
— 211, — 12, supprimez la virgule placée après le mot *démonstrative.*
— 251, — 14, morbus, *lis.* morbos.
— *Ibid.* — 33, *προφαδα*, *lis.* *προφασει.*
— 258, — 5, carcotations, *lis.* coarctations.
— 262, — 13, placez une virgule après se généralisent.
— 310, — 1 et 2, locales générales, *lis.* locales et générales.
— *Ibid.* — 27, infiniments, *lis.* infiniment.
— 347, — 31, ressource, *lis.* ressources.
— 357, — 14, tous ceux qui ont succombé, *lis.* tous les malades qui ont succombé.
— 365, — 5 et 6, un peu plus du quart, *lis.* environ le quart.
— 376, — Ligne dernière de la note, le, *lis.* les.
— 386, — La note de cette page est mal placée. Ce malade ne succomba point, ainsi que le porte le tableau, mais bien le malade inscrit au nº 25 (c'est le nº 23 qu'il fallait mettre) du tableau de la pag. 393. Cette erreur ne change rien d'ailleurs aux chiffres des morts et des guéris.
— 386, 19, thyphoïde, *lis.* typhoïde.

NOUVELLES RECHERCHES

SUR LE

RHUMATISME

ARTICULAIRE AIGU EN GÉNÉRAL.

OUVRAGES DE M. BOUILLAUD

Qui se trouvent chez le même Libraire.

TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DU COEUR, précédé de recherches nouvelles sur l'anatomie et la physiologie de cet organe. Paris, 1835, 2 vol. in-8°, avec huit planches gravées. 15 fr.

TRAITÉ CLINIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE L'ENCÉPHALITE ou INFLAMMATION DU CERVEAU et de ses suites, telles que le ramollissement, la suppuration, les tubercules, le squirrhe, le cancer, etc. Paris, 1825, in-8°. 7 fr.

TRAITÉ CLINIQUE ET EXPÉRIMENTAL DES FIÈVRES DITES ESSENTIELLES. Paris, 1826, in-8°. 7 fr.

TRAITÉ PRATIQUE, THÉORIQUE ET STATISTIQUE DU CHOLÉRA-MORBUS DE PARIS, appuyé sur un grand nombre d'observations recueillies à l'hôpital de la Pitié. Paris, 1832, in-8°. 6 fr. 50 c.

EXPOSITION RAISONNÉE D'UN CAS DE NOUVELLE ET SINGULIÈRE VARIÉTÉ D'HERMAPHRODISME observée chez l'homme. Paris, 1833. in-8°, fig. 1 fr. 50 c.

RECHERCHES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES, tendant à réfuter l'opinion de M. Gall sur les fonctions du cervelet, et à prouver que cet organe préside aux actes de l'équilibration, de la station et de la progression. Paris, 1827, in-8°. 2 fr

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DU CERVEAU EN GÉNÉRAL, et sur celles de sa portion antérieure en particulier. Paris, 1830. in-8°.

GÉNÉRALITÉS DE LA CLINIQUE MÉDICALE, et plan à suivre dans l'enseignement de cette science. *Thèse pour le concours de la chaire de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris*, en 1831, *deuxième édition*, considérablement augmentée. Paris, 1836, in-8°, *sous presse.*

Pour paraître en 1836.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE NOSOGRAPHIE MÉDICALE, GÉNÉRALE ET SPÉCIALE; 5 vol. in-8°.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BOURGOGNE ET MARTINET, rue du Colombier, 30.

NOUVELLES RECHERCHES

SUR LE

RHUMATISME

ARTICULAIRE AIGU EN GÉNÉRAL,

ET SPÉCIALEMENT
SUR LA LOI DE COÏNCIDENCE
DE LA PÉRICARDITE ET DE L'ENDOCARDITE AVEC CETTE MALADIE,
AINSI QUE SUR L'EFFICACITÉ DE LA FORMULE
DES
ÉMISSIONS SANGUINES COUP SUR COUP
DANS SON TRAITEMENT;

Par J. BOUILLAUD,
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS.

His observatis, nemo rationis capax jure in his morbis vituperare missionem sanguinis potest, sed mirificè et tanquam divinum auxilium commendare, extollere, et confidenter usurpare.
BOTAL, *De Curatione per venæ-sectionem.*

A PARIS,
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, N° 13 BIS;
A LONDRES, MÊME MAISON, 219, REGENT STREET.
1836.

PRÉFACE.

Jusqu'à ces derniers temps, l'histoire du rhumatisme en général et du rhumatisme articulaire aigu en particulier était restée à peu près stationnaire; que dis-je? sous certains points de vue, nos connaissances sur cette maladie avaient réellement rétrogradé. En effet, dans Sydenham et dans Stoll, on trouve sur les causes, la nature et le traitement du rhumatisme articulaire, des notions positives que certains *classiques modernes* ont entièrement méconnues. Qui croirait, par exemple, qu'on a pu, de nos jours, pousser la manie de lèse-observation, au point de proclamer que les alternatives de chaud et de froid ne jouent presque aucun rôle dans la production du rhumatisme articulaire aigu; que cette affection ne doit pas être classée dans la grande famille des phlegmasies; qu'*elle est du nombre des maladies sur lesquelles l'anatomie pathologi-*

que ne nous a rien appris de certain, etc.?

J'espère que les recherches sur lesquelles nous appelons aujourd'hui l'examen du public médical, feront justice de ces étranges hérésies, et ramèneront dans la voie de la saine observation une foule de jeunes gens que l'influence d'un mauvais enseignement en avait éloignés. Toutefois, le principal objet de cet opuscule n'est pas tant de réfuter quelques erreurs ainsi généralement répandues sur divers points de l'étude du rhumatisme articulaire aigu, que de faire part à nos confrères de ce que de récentes recherches nous ont appris de nouveau sur la coïncidence de cette maladie avec l'inflammation du tissu séro-fibreux interne et externe du cœur, et sur l'efficacité des émissions sanguines pratiquées d'après une formule qui nous est propre.

C'est, j'oserai le dire, une découverte digne de quelque attention que celle de la coïncidence, à peu près constante, soit d'une endocardite, soit d'une péricardite, soit d'une endo-péricardite, avec un violent rhumatisme articulaire aigu. Ce fait, que de journalières observations confirment de

plus en plus (1), est d'une si grande importance, qu'il constitue en quelque sorte une véritable révolution dans l'histoire du rhumatisme articulaire aigu. Je ne m'étonne point qu'il ait trouvé de si nombreux contradicteurs : c'est le sort de toutes les vérités nouvelles de quelque portée. Mais ce que je ne crains pas de prédire, c'est que d'ici à très peu de temps on ne concevra pas comment un fait si commun a pu se dérober à la connaissance des médecins qui nous ont précédé dans la carrière de l'observation. Parmi les nombreuses personnes qui, depuis trois ans, en ont été témoins à notre clini-

(1) Depuis que nous avons commencé la composition de ce travail, de nouvelles observations sont venues appuyer celles qui s'y trouvent rapportées. Nous avons en ce moment, par exemple, aux n°s 2, 4 et 10 de la salle des hommes, au n° 6 de celle des femmes, quatre remarquables cas d'inflammation du tissu séro-fibreux du cœur chez des sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu. Chez l'un des malades (n° 4, salle Saint-Jean-de-Dieu), il est survenu de plus un double épanchement pleurétique, le plus commun des *accompagnemens* du rhumatisme articulaire aigu après l'endocardite et la péricardite. Un très habile observateur, notre honorable confrère M. le docteur Legroux, a constaté avec nous les signes *positifs* de cette complication.

que, je citerai MM. Capuron; Jules Pelletan et Donné, chefs de clinique; Lecouteulx, aide de clinique; Desclaux, Raciborski, Tournier, Péturet, Denise, Lalanne, Bressan, Nauthonnier, Clémenceau, Chevé, Fournet, l'un des internes les plus distingués des hôpitaux; Coquet-Dusablon, Faure, Chapel, Jallat, Michel, etc. Il n'est pas, d'ailleurs, un hôpital où l'on ne puisse chaque jour, si l'on a quelque habitude des précieuses méthodes de l'auscultation et de la percussion, vérifier le nouveau fait que nous avons découvert.

Ce n'était pas une chose oiseuse non plus que d'apprendre à guérir en une, deux ou trois semaines, une maladie qui faisait le désespoir de ces modernes praticiens, dont le nom fait autorité, dont la pratique fait loi. Et il importe d'autant plus d'en finir promptement avec cette maladie, réputée jusque là si rebelle, qu'en se prolongeant elle entraîne, chez un grand nombre de sujets, d'incurables *lésions organiques du cœur*, tristes et funestes reliquats de cette endocardite et de cette péricardite que l'on avait méconnues avant nous. Or (et cette

remarque est bonne à noter), nous sommes parvenu à dompter cet indomptable rhumatisme articulaire aigu, précisément par la méthode des émissions sanguines, qui, suivant quelques uns des plus célèbres cliniciens de nos jours, entre autres MM. Chomel et Louis, ne pouvait rien ou presque rien contre la longue durée d'une telle maladie. Il est vrai que, pour obtenir de cette puissante méthode les succès que nous annonçons (sans crainte d'être démenti par aucun de ceux qui ont été témoins de notre pratique), nous avons dû la formuler autrement qu'on ne l'avait encore fait. C'est en appliquant au traitement du rhumatisme articulaire aigu cette formule des *larges émissions sanguines pratiquées coup sur coup,* dont nous avons usé avec tant de bonheur, dans le traitement de toutes les phlegmasies aiguës graves en général, que nous avons enfin triomphé, sans une trop grande résistance, d'un mal qui s'était en quelque sorte joué de la méthode des émissions sanguines, telle qu'elle est vulgairement employée.

Les bienfaits de cette formule sont vai-

nement contestés par des médecins qui ne l'ont point expérimentée : le jour viendra bientôt où l'on n'osera plus les nier. Au reste, ce n'est pas d'aujourd'hui que les émissions sanguines généreuses ont trouvé des adversaires. Vaincu par les préjugés de son siècle, le grand Sydenham dut quelquefois renoncer à tirer la quantité de sang qu'il avait jugé convenable. (Voy. *Thomæ Sydenham opera medica*, t. Ier, p. 74, édit. M DCC XXXVI.)

Botal, qui, de son temps, fut le plus ardent apôtre de la saignée, n'eut pas toujours à se louer de l'accueil qu'il reçut de quelques uns de ses contemporains. Lui-même, en revanche, les traita quelquefois assez durement, témoin le passage suivant de son livre intitulé *De Curatione per venæ-sectionem*, ch. VII : *At in tantâ timiditate et parcâ detractione sanguinis, quî fieri potest, ut quis rectè possit judicare quantùm ex in pestilenti morbo prodesse valeat, aut obesse? Non enim morbus pro cujus curatione requirebatur detractio librarum quatuor sanguinis, in quo una tantùm detrahitur, si hominem interficiat, ideo interficit, quia sanguis est missus, sed*

quia non justo modo, missus est, nec fortè etiam opportunè. VERUM NEBULONES NEQUISSIMI ET IGNAVISSIMI ID SEMPER CULPAM CONVERTERE SATAGUNT, NON QUOD NOCUIT, SED QUOD PER FAS ET NEFAS A CUNCTIS VITUPERARI EXOPTANT.

On voit, par ces derniers mots, que Botal a un peu profité du privilége que possède le *latin de braver l'honnêteté, en prose* comme *en vers.* Sous ce rapport, nous nous félicitons doublement d'écrire en français, cette langue polie par excellence. Mais nous pouvons, je crois, sans blesser en rien la politesse dont se pique notre langue, appliquer à quelques uns de nos contemporains ce que Botal disait de quelques uns des siens, savoir qu'ils *s'appliquent moins à critiquer ce qui nuit que ce qu'ils veulent que tout le monde blâme* PER FAS ET NEFAS, pour nous servir des expressions de Botal.

Que si les Botal et les Sydenham ont essuyé de tels obstacles dans l'emploi de leurs formules des émissions sanguines, que sera-ce de la nôtre, qui choque les opinions reçues plus encore que les précédentes, et qui n'a pas un grand nom pour soutien?

Quoi qu'il arrive de ce que l'opuscule que nous publions peut contenir de nouveau, nous saurons, s'il le faut, mettre en pratique cette maxime de l'Hippocrate anglais : *Si qui reperiantur, qui vitio statim vertunt, si quis novi aliquid, ab illis non prius dictum, vel etiam inauditum, in medium proferat, hujus modi ego homines æquo me animo laturum spero.* (SYDENHAM, *Opera Medica*, t. I, p. 4, édit. M DCC XXXVI.)

NOUVELLES RECHERCHES

SUR

LE RHUMATISME

ARTICULAIRE AIGU EN GÉNÉRAL,

ET SPÉCIALEMENT SUR

LA LOI DE COINCIDENCE DE LA PÉRICARDITE ET DE L'ENDOCARDITE AVEC CETTE MALADIE (1),

AINSI QUE SUR L'EFFICACITÉ DE LA

FORMULE DES ÉMISSIONS SANGUINES COUP SUR COUP

DANS SON TRAITEMENT.

Considérations préliminaires.

Il semble, au premier abord, que rien ne soit plus banal, et pour ainsi dire plus rebattu, que l'histoire du rhumatisme en général et du rhumatisme articulaire aigu en particulier. Il n'en est rien cependant, et j'ose espérer que les recherches qui sont l'objet de ce travail offriront quelque intérêt et quelque nouveauté. Elles

(1) L'inflammation de la membrane interne des vaisseaux accompagne souvent aussi le rhumatisme articulaire aigu, et je me propose de traiter plus tard ce sujet, qui n'est en quelque sorte qu'une annexe de celui qui va nous occuper ici.

prouveront, si je ne me trompe, que sur ce sujet, ainsi que sur tant d'autres, il restait encore à glaner après nos devanciers, et qu'il devait subir cette grande loi de progrès et de réforme, qui anime, féconde et régit toutes choses en médecine comme ailleurs.

Le point de vue le plus neuf et le plus curieux de ces recherches est, sans contredit, la coïncidence de l'inflammation du tissu séro-fibreux interne et externe du cœur (endocardite et péricardite *rhumatismales*) avec le rhumatisme articulaire aigu.

Il y a trois ans environ que des observations recueillies avec soin me firent entrevoir cet important rapport. Voici, d'ailleurs, à quelle occasion je fus conduit à fixer toute mon attention sur le grand fait qui nous occupe. En auscultant les bruits du cœur chez quelques individus, atteints encore ou déjà convalescens d'un rhumatisme articulaire aigu, je ne fus pas médiocrement surpris d'entendre un fort bruit de râpe, de scie ou de soufflet, tel que je l'avais si souvent rencontré dans les cas d'induration *chronique* ou *organique* des valvules, avec rétrécissement des orifices du cœur. Or, toutes les circonstances s'opposaient à ce qu'on pût soupçonner une affection de cette espèce, chez la plupart des rhumatisans alors soumis à notre observation. En effet, plusieurs étaient pour la

première fois atteints de rhumatisme articulaire, et avaient joui jusque là de la plus parfaite santé. Je me rappelai alors quelques autres cas de maladie aiguë du cœur, pendant le cours de laquelle j'avais entendu le bruit de soufflet ou de râpe, et je résolus d'explorer attentivement le cœur et ses fonctions chez tous les rhumatisans que je rencontrerais. Grâce à cette exploration, je ne tardai pas à reconnaître qu'une affection aiguë du cœur, dans les cas de rhumatisme articulaire aigu *généralisé*, avec fièvre violente, n'était point un simple accident, une complication rare, pour ainsi dire fortuite, mais bien un *accompagnement* des plus ordinaires de cette maladie.

Nous allons tâcher de déterminer la *loi* précise de cette coïncidence dans le premier chapitre de ces Recherches : toutefois j'exposerai d'abord, dans la note ci-dessous, l'état où se trouvait la science avant nos travaux (1).

(1) Il y a bien long-temps déjà qu'on avait vaguement parlé de *goutte remontée au cœur*, *de rhumatisme qui se porte sur le cœur*, etc., etc. Mais, outre qu'on n'avait nullement déterminé la *nature* de ces *métastases goutteuses ou rhumatismales*, elles étaient considérées comme des *accidens* et non comme des évènemens fort ordinaires.

Plus tard, quelques observateurs, en parlant des métastases rhumatismales, placèrent, à la vérité, la péricardite au nombre des *accidens* que ces métastases pouvaient entraîner ; mais ils ne s'en occupèrent que fort légèrement, et pour ainsi dire en pas-

sant. Il ne sera pas, d'ailleurs, hors de propos de faire connaître, avec quelques détails, la doctrine de plusieurs auteurs célèbres sur cette matière.

Et d'abord, n'est-ce pas une chose assez singulière que l'un des plus grands observateurs de la fin du dernier siècle, Stoll, n'ait absolument rien dit de l'inflammation rhumatismale du cœur, lui qui a si longuement et si heureusement insisté sur tant d'autres fluxions ou inflammations rhumatismales, telles que la pleurésie, l'angine, la dysenterie, le coryza, le catarrhe, et la phrénésie elle-même ?

Dans un passage de son immortel *Essai sur les maladies du cœur*, Corvisart a dit : « qu'il était tenté de regarder, entre autres, » comme cause fréquente d'une des trois espèces d'adhérence du » péricarde qu'il admet, les affections rhumatisantes et goutteuses; » et cependant, en traitant des causes de la péricardite en général, cet illustre médecin ne dit aucun mot de la coïncidence de cette maladie avec le rhumatisme articulaire.

M. Laënnec n'a point signalé non plus cette coïncidence.

Elle paraît avoir également échappé à M. Chomel, ainsi qu'on peut s'en assurer en lisant sa dissertation inaugurale sur le rhumatisme, et plusieurs des *comptes-rendus de sa clinique*. Il n'en est point question, par exemple, à propos des dix-huit cas de rhumatisme qui font partie du résumé de l'année 1833, ni à l'occasion des quarante-neuf cas de la même maladie que contient le résumé de l'année scolaire 1834-1835, bien que, dans ce dernier résumé, on ait consacré quelques lignes au siége du rhumatisme dans les organes intérieurs. (*Lancette française*, nos des 10 septembre 1833, et 1er octobre 1835.)

Après avoir rapporté (*Clinique médicale*, tome 1er, 2e édit. 1829) une observation de péricardite, consécutive à la disparition d'un rhumatisme, et qui fut mortelle en vingt-sept heures, M. le professeur Andral s'exprime ainsi dans une note : « La métastase rhumatismale n'est pas toujours suivie de la production « d'une péricardite, d'une pleurésie, ou d'une pneumonie. Ce qui prédomine en plus d'un cas de ce genre, c'est la lésion de

» fonction, qui est plus grave que ne paraît être la lésion de texture... La même cause qui, dans un même jour, produira des » douleurs dans dix articulations différentes qu'on verra revenir » à l'état sain aussi rapidement qu'elles étaient devenues malades, » cette même cause, dis-je, peut donc, lorsqu'elle vient à porter » son influence sur quelque partie interne, y déterminer 1° une » simple modification d'action ou *dynamique*; 2° une lésion » d'organisation. Cette seconde lésion n'est que consécutive à la » première, et est plus rare qu'elle. »

Ces réflexions de M. le professeur Andral sont, au fond, parfaitement justes. Nous pensons seulement qu'il ne faudrait pas toujours confondre, *sous le point de vue du siége*, et les *modifications d'action et la lésion d'organisation* qui peuvent survenir, lorsque la cause rhumatismale *porte son influence sur quelque partie interne*. Mais je reviendrai plus loin sur ce point délicat de l'histoire des affections rhumatismales.

Dans son beau mémoire sur la péricardite, M. Louis, en traitant des causes de la maladie, n'a point parlé de sa coïncidence avec le rhumatisme articulaire aigu.

Dans le passage suivant de l'introduction de son ouvrage sur les maladies du cœur, M. le docteur Hope s'est aussi occupé du sujet que nous étudions: « Dans le rhumatisme aigu, dit-il, il » n'y a pas de danger plus commun et plus formidable que l'inflammation du cœur et de ses membranes. Si on la néglige » quand elle existe à un haut degré (et même alors elle constitue » une des maladies les plus obscures et les plus insidieuses), le » malade succombe presque toujours aux effets immédiats de » l'attaque, ou vit encore un peu de temps, martyr d'une incurable affection organique du cœur. » A l'époque où j'ai fait les recherches consignées dans le *Traité clinique des maladies du cœur*, je n'avais aucune connaissance de cette assertion de M. Hope, au développement de laquelle il n'a, d'ailleurs, destiné aucune partie de son ouvrage. S'il eût bien observé un grand nombre de cas de péricardite *rhumatismale*, il n'aurait pas écrit que le *malade succombe presque toujours aux effets immédiats de cette maladie portée*

à un haut degré, et que même, alors, elle constitue une des maladies les plus obscures et les plus insidieuses. Quiconque lira de bonne foi l'ouvrage, d'ailleurs excellent, de M. Hope, conviendra que cet habile observateur n'a guère ajouté à ce qu'on savait avant lui sur la coïncidence du rhumatisme articulaire aigu avec la péricardite, et que la coïncidence plus fréquente encore peut-être de la même maladie avec l'endocardite, n'était guère connue de lui.

Il est si vrai que M. Hope n'avait pas approfondi cette grave question, qu'il n'en a pas même dit un seul mot dans le chapitre qu'il a consacré à l'inflammation de l'intérieur du cœur et des artères, chapitre où il n'a presque fait que répéter ce que nous avions dit nous-même dans le *Traité des maladies du cœur* de 1824, en nous occupant du même sujet. Jusqu'à nous, cette inflammation était si peu connue, qu'elle n'avait pas même encore reçu de nom particulier, et qu'elle n'avait point été décrite à part.

Au reste, une preuve sans réplique de la nouveauté du fait que nous signalons, c'est que, comme nous le verrons plus loin, il est assez généralement contesté encore aujourd'hui, malgré ce que nous en avons dit dans le *Journal hebdomadaire*, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, dans le *Traité clinique des maladies du cœur* surtout, et malgré ce qu'ont écrit à ce sujet plusieurs jeunes médecins qui ont assisté à notre clinique, au premier rang desquels je placerai M. le docteur Desclaux. (Voy. sa Dissert. inaugur.; Paris, 1835.)

CHAPITRE PREMIER.

DÉTERMINATION DE LA LOI DE COINCIDENCE DE L'ENDOCARDITE ET DE LA PÉRICARDITE OU INFLAMMATION DU TISSU SÉRO-FIBREUX INTERNE ET EXTERNE DU COEUR, AVEC LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Je diviserai ce chapitre en deux articles : dans le premier, j'exposerai les *généralités* de mon sujet, et je dirai dans quel *rapport exact* l'endocardite et la péricardite coïncident avec le rhumatisme articulaire aigu ; dans le second, je consignerai succinctement un certain nombre de nouveaux faits particuliers à l'appui de ce que j'aurai avancé.

ARTICLE PREMIER.

Exposition générale et discussion du sujet.

§ Ier.

Avant de résumer les nouveaux faits à l'épreuve desquels j'ai soumis dans le présent travail, ce que j'avais annoncé précédemment ailleurs sur la coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu, il importe de consigner ici les passages du *Traité clinique*

des maladies du cœur qui sont relatifs à ce sujet. Les voici :

« La péricardite existe chez la moitié environ » des individus affectés d'un violent rhumatisme » articulaire aigu. Sous ce point de vue, la péri- » cardite n'est, en quelque sorte, qu'un des élé- » mens de la maladie dite rhumatisme articu- » laire aigu; laquelle, considérée d'une manière » plus large et plus exacte qu'on ne l'a fait jus- » qu'ici, constitue une inflammation de tous les » tissus séro-fibreux en général, développée » sous une influence spéciale. Or, le péricarde » étant de nature séro-fibreuse, comme le tissu » où réside le rhumatisme articulaire propre- » ment dit, il n'est pas étonnant que la péricar- » dite coïncide si souvent avec ce dernier; que » le rhumatisme du péricarde, en un mot, ait » lieu dans les circonstances qui produisent un » rhumatisme des synoviales articulaires et des » tissus fibreux sur lesquels elles se déploient, » lequel n'est, pour ainsi dire, qu'une péricar- » dite articulaire.

» L'endocardite, à l'instar de la péricardite, » se manifeste sous les mêmes influences que le » rhumatisme articulaire aigu, pendant le cours » duquel on la voit souvent éclater. Toutefois, » bien que cette phlegmasie puisse ainsi se déve- » lopper d'une manière purement *métastatique*,

» suivant l'expression de certains pathologistes, » il n'en est pas moins vrai que, le plus souvent, » du moins d'après les faits qui nous sont pro- » pres, le tissu séro-fibreux interne du cœur se » prend *en même temps* que celui des articu- » lations.

» Au reste, n'oublions pas que l'endocardite » et la péricardite rhumatismales marchent pres- » que toujours de compagnie.

» Jusqu'ici, les phlegmasies aiguës du cœur » concomitantes du rhumatisme, avaient été en- » tièrement méconnues dans la très grande ma- » jorité des cas; et comme elles n'avaient point » été combattues convenablement, plusieurs ont » dû passer et sont effectivement passées à l'état » chronique. De là ces lésions organiques du » cœur, sur l'origine desquelles si peu d'auteurs » nous avaient laissé quelques données satisfai- » santes; de là de graves lésions dans les valvules, » et par suite ces *asthmes goutteux* de certains » praticiens.

» Et qu'on ne croie pas que les idées ci-dessus » énoncées constituent une de ces oiseuses théo- » ries auxquelles les bons esprits ont désormais » renoncé sans retour. Non, non; et chaque jour, » au lit des malades, les vrais observateurs pour- » ront apprécier à leur juste valeur les réflexions » que nous soumettons à leur jugement éclairé,

» Qu'ils assistent à ces cliniques où l'on voit les » rhumatismes articulaires aigus durer trente, » quarante jours et au-delà, et ils verront si, » comme le soutiennent quelques classiques » praticiens, la réaction fébrile qui survit à la » période inflammatoire du rhumatisme, est » une nouvelle espèce de *fièvre essentielle*, ou si » elle ne se rattache pas, au contraire, dans un » grand nombre de cas, soit à une péricardite, » soit à une endocardite, soit à une endo-péri- » cardite, méconnues. »

Les propositions que nous venons d'extraire du *Traité clinique des maladies du cœur*, ne sont pas, je le répète, de ces vaines hypothèses, si justement bannies du domaine de la médecine *exacte et positive*, mais bien de ces assertions qui découlent naturellement et comme d'elles-mêmes du rapprochement d'un grand nombre de faits bien *observés*, bien *comptés* et bien *pesés*. Il s'agit maintenant de rappeler ces faits aux lecteurs, que nous renvoyons pour les détails à l'ouvrage où ils ont été rapportés.

§ II.

Le nombre des observations particulières contenues dans les deux chapitres du *traité* indiqué consacrés à la *péricardite* et à l'*endocardite*, s'élève à 92, savoir : 37 pour la péricardite, et 55 pour

l'endocardite. Or, sur ces 92 observations, on en compte 31, dans lesquelles la péricardite et l'endocardite coïncidaient avec un rhumatisme articulaire, savoir : 17 pour la péricardite, et 14 pour l'endocardite. Ainsi donc, la moitié des péricardites environ et un quart des endocardites existaient chez des individus rhumatisans. Par conséquent aussi, chez le tiers environ des sujets affectés de la péricardite ou de l'endocardite, on avait constaté la présence d'un rhumatisme articulaire (1).

Il est démontré par ces chiffres, encore une fois, que l'inflammation du péricarde et de l'endocarde a coïncidé avec un rhumatisme articulaire dans le tiers des cas. Mais nous sommes loin de prétendre que, pour les deux autres tiers des cas, il n'en soit aucun dans lequel ait existé un rhumatisme articulaire. En effet, il est beaucoup de ces cas qui manquent de détails étiologiques; et il nous paraît assez probable que parmi ces derniers, un certain nombre appartenait aussi à la catégorie de la péricardite et de l'endocardite *rhumatismales*.

§ III

Parmi les circonstances qui auraient pu mettre

(1) Voyez les observations 8e, 9e, 12e, 13e, 14e, 15e, 16e, 17e, 18e, 19e, 27e, 30e, 31e, 32e, 33e, 34e, 35e, 41e, 42e, 51e, 52e, 81e, 84e, 85e, 86e, 87e, 88e, 89e, 90e, 91e et 92e du *Traité clinique des maladies du cœur*.

au moins sur la voie de la découverte du fait que nous développons, on doit, sans doute, placer au premier rang cette fièvre violente, avec *palpitations*, avec pouls plein, fort et vibrant, quelquefois irrégulier, intermittent, qui survit assez souvent à la fluxion articulaire. Pour trouver l'explication de cette sorte de mystère pathologique, pour localiser enfin la *fièvre rhumatismale sans rhumatisme*, comme on dit, il eût suffi de soumettre à une attentive et rigoureuse exploration l'état du système circulatoire en général (le sang compris), et celui du cœur en particulier. Mais on n'y songea point : quelques praticiens paraissent avoir fait mieux. Par un reste d'attachement pour la doctrine de l'*essentialité* de tant de *fièvres*, ce dogme révéré, dont, malgré leurs efforts, la découverte des phlegmasies du tube digestif, de celle surtout des plaques de Peyer, avait sapé les fondemens, ils *essentialisèrent*, en quelque sorte par compensation, la fièvre dite rhumatismale. Il est vrai qu'ils sont sur le point de la *désessentialiser* à leur manière ; et, si nous en croyons un journal, on rapporterait la fièvre *rhumatismale sans rhumatisme* à la *fièvre typhoïde*, c'est-à-dire à une fièvre qui a pour *caractère anatomique une affection des plaques de Peyer*.

Cette localisation nous paraît assez malheureuse, au moins dans les cas où tous les signes

d'une péricardite ou d'une pleurésie avec épanchement, d'une endocardite, etc., sont tellement évidens, qu'ils ne sauraient échapper à l'œil le moins exercé. On dirait, en vérité, que certains observateurs ne sont pas moins habiles à trouver ce qui n'existe pas, qu'à méconnaître ce qui existe réellement.

§ IV.

Quoi qu'il en soit, ainsi que nous l'avons rappelé ci-dessus, nous avons avancé ailleurs (*Traité clinique des maladies du cœur*), que dans la moitié des cas environ de rhumatisme articulaire aigu, cette maladie *coïncidait* avec une inflammation du double tissu séro-fibreux du cœur.

Le chiffre de cette coïncidence ou de ce *rapport* n'a pas manqué d'être taxé d'exagération ; et il n'est pas de sorte d'argumens qu'on ne nous ait opposés. Voici les deux principales objections : Ceux-ci nous ont reproché *d'imaginer* la péricardite et l'endocardite ; ceux-là ont répondu à notre assertion, que si effectivement nous avions rencontré si fréquemment la péricardite et l'endocardite, cela tenait à la *constitution médicale*, et qu'il ne fallait pas généraliser une exception, un fait de coïncidence accidentelle.

Quant à la première objection, ou plutôt à la

première accusation, elle n'est pas assez polie, ni assez médicale, pour que nous y répondions sérieusement (1). Quant à la seconde, nous en appelons aux futures *constitutions médicales*, et nous aurons la plus grande obligation à ceux qui, comme M. le professeur Chomel, dans le dernier résumé de sa clinique, déjà cité, pourront nous offrir 49 cas *bien observés* de rhumatisme articulaire aigu, dans lesquels on ne signalera aucun exemple de péricardite ou d'endocardite. Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer, à cette occasion, que le relevé dont il s'agit répond victorieusement à l'objection ci-dessus présentée, savoir que la *constitution médicale* a été la cause de la coïncidence de ces deux maladies avec le

(1) Un jeune confrère, qui nous paraît peu familier avec l'art difficile d'observer, et qui n'en publie pas moins de *prétentieux* articles sur cette matière dans un *Journal mensuel*, M. le docteur P... regarde comme une hypothèse la péricardite rhumatismale. Dans ses réflexions vraiment *rares et curieuses*, sinon *intéressantes*, sur un cas de rhumatisme articulaire aigu (observé dans le service de M. Chomel), avec persistance de la fièvre dans toute son intensité, lorsqu'au bout de douze jours, toute douleur, toute tuméfaction des jointures eut disparu, il s'exprime ainsi : « *Ce fait n'a rien de rare, et il n'est pas* » *besoin du tout pour l'expliquer d'invoquer, comme je l'ai entendu* » *faire dans une autre clinique,* L'HYPOTHÈSE *d'une péricardite, parce* » *que cette supposition, à l'aide de laquelle on cherche à secouer l'im-* » *portunité d'une fièvre primitive, n'en impose pas à ceux qui ont* » *quelque habitude du diagnostic des affections rhumatismales.* »

rhumatisme dans les cas que nous avons observés. En effet, nous avons recueilli ces faits à la même époque où M. Chomel rencontrait des faits en *apparence* opposés. Or, la *constitution médicale* était la même pour nous deux. Que signifie donc cette *apparente* contradiction? Que nous cherchions attentivement la péricardite et l'endocardite, et que d'autres ne les cherchaient pas. Et certes, c'est bien aussi en pareille matière que, pour trouver, il faut chercher, et chercher avec un grand soin, avec une persévérance que rien ne lasse et ne *rebute.*

§ V.

Quels sont donc, nous demandera-t-on, les

Savez-vous, cher lecteur, ce qu'il est besoin d'invoquer dans ce cas, quand on a le bonheur, comme M. P..., de posséder *quelque habitude du diagnostic des affections rhumatismales?* La maladie complaisante qu'il faut invoquer, direz-vous peut-être, est la fièvre typhoïde. — Vous n'y êtes pas. M. P... reproche, en effet, à M. le professeur Chomel de faire quelquefois une pareille invocation. Ce qu'il faut donc invoquer pour expliquer la fièvre *rhumatismale* sans *rhumatisme*, c'est, d'après M. P..., une *fièvre sudatoire.* Expliquer une *fièvre* par une *fievre*, voilà certes une preuve sans réplique qu'on a une *grande habitude du diagnostic des affections rhumatismales*, et *quoi qu'on die,* la fièvre sudatoire est quelque chose de plus simple et de plus satisfaisant que ces pleurésies, ces péricardites, ces endocardites, et tous ces autres grands mots en *ite* que M. P... paraît avoir en horreur, et *qu'il prend,* peut-être, *pour des termes de chimie*... En vérité, M. P... votre *fièvre sudatoire me paraît bien trouvée!* Que ne proclamiez-vous plus tôt cette

signes certains d'une inflammation du tissu séro-fibreux du cœur (péricardite et endocardite)? Comme je les ai longuement exposés dans le *Traité clinique des maladies du cœur*, je me contenterai de rappeler ici les plus positifs.

L'existence d'une péricardite est certaine chez un individu affecté d'un rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'on observe les symptômes suivans : matité de la région précordiale beaucoup plus étendue qu'à l'état normal (doublée, triplée dans tous les sens); voussure de la même région; battemens du cœur éloignés, peu ou nullement sensibles au toucher; bruits du cœur lointains, obscurs, accompagnés de différens bruits anormaux

belle découverte! Je me serais bien gardé, je vous jure, de *secouer l'importunité d'une fièvre primitive*, à l'aide de l *hypothèse*, suivant votre heureuse et ingénieuse expression, de la péricardite ou de toute autre chose pareille. Aurais-je trouvé de la matité, de la voussure à la région précordiale, un bruit de râpe, de soufflet, de cuir neuf, etc., c'est la *fièvre sudatoire!* me serais-je écrié en vous rendant grâce ; la *voilà! ce n'est point une hypothèse, nous la tenons!* Il est bien vrai que j'ai vu suer des fébricitans, et par exemple, ceux qui ont une simple fièvre intermittente, sans voussure à la région précordiale, sans matité, voire même sans bruit de râpe ou de soufflet du cœur; mais ce sont là des bagatelles dont *Hippocrate* n'a point parlé et qui ne font rien à la chose. Demandez-le plutôt à M. P..., *qui a une si grande ha bitude de* la clinique en général, *de la clinique des affections rhumatismales en particulier,* et auquel il sied par conséquent si bien de nous donner à tous *des leçons*.

dont les uns dépendent du frottement des feuillets opposés du péricarde l'un contre l'autre, e dont les autres proviennent quelquefois de la complication de la péricardite avec une endocardite valvulaire. Une douleur plus ou moins vive à la région précordiale, des palpitations, des irrégularités, des inégalités, des intermittences du pouls, se joignent quelquefois aux symptômes précédens.

La coïncidence d'une endocardite avec un rhumatisme articulaire aigu, est, pour nous, certaine, lorsque les signes suivans se présentent:

Bruit de soufflet, de râpe ou de scie dans la région précordiale, laquelle rend un son mat dans une étendue beaucoup plus considérable qu'à l'état normal, et présente aussi quelquefois, mais à un moindre degré que dans la péricardite avec épanchement, une saillie, une voussure anormale; les battemens du cœur soulèvent fortement la région précordiale, et ils sont assez souvent irréguliers, inégaux, intermittens, accompagnés parfois d'un frémissement vibratoire. Pouls dur, fort, vibrant, inégal, intermittent, comme les battemens du cœur.

On voit, par ce qui précède, qu'il y a des signes *communs* pour la péricardite et l'endocardite, et que les signes *différentiels* physiques ne sont pas toujours très tranchés. Aussi se présen-

te-t-il des cas dans lesquels il est assez difficile de déterminer s'il existe une péricardite ou une endocardite, et si l'une de ces deux maladies, une fois bien reconnue, existe seule ou combinée avec l'autre. Ces cas sont ceux où la péricardite peut exister sans épanchement notable et avec production seulement de pseudo-membranes. Alors, en effet, les battemens du cœur sont sensibles au toucher, comme dans l'endocardite simple, et le bruit de scie ou de soufflet, le frémissement vibratoire de la région précordiale, peuvent se présenter dans ce cas comme dans l'endocardite. Au reste, on conçoit que cette distinction est réellement plus curieuse qu'utile. Il suffit, en effet, au praticien de savoir que l'une des deux maladies existe, puisque le traitement reste essentiellement le même, soit qu'il y ait seulement péricardite ou endocardite, soit qu'il y ait endo-péricardite.

Encore une fois, dans les cas bien tranchés, rien n'est plus aisé, avec de l'expérience et de l'habitude, que de reconnaître la présence d'une endocardite, ou d'une péricardite, ou d'une endo-péricardite rhumatismales. Mais, pour ces phlegmasies comme pour toutes les autres, il est des degrés légers, et je conviens que dans ces cas le diagnostic offre plus de difficultés et moins de certitude. Ce n'est réellement que par une

longue fréquentation des hôpitaux, que l'on peut acquérir l'habileté nécessaire pour un tel diagnostic. Ce n'est pas, au reste, par des faits de cette dernière espèce que nous prétendons pouvoir démontrer la loi de coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu. Nous ferons seulement remarquer en passant que ce dernier serait bien souvent méconnu lui-même, dans les degrés légers, si, au lieu de constituer des parties extérieures, les articulations se trouvaient métamorphosées en des organes intérieurs; et cependant, pour avoir été méconnu, il n'en aurait pas moins existé : *tel est précisément le rhumatisme du tissu séro-fibreux du cœur.*

Que, si les individus chez lesquels on a constaté les signes que nous venons d'exposer succombent, l'autopsie cadavérique fait reconnaître les caractères anatomiques de la péricardite ou de l'endocardite, ainsi que le prouvent les observations 1re, 4e, 5e, 6e, 7e, 13e, 14e, 19e, 43e, 45e, etc., du *Traité clinique des maladies du cœur.*

C'est ici le lieu de revenir sur la distinction qu'il est si important d'établir entre la simple *modification d'action ou dynamique et la lésion d'organisation*, qui, comme l'a très bien dit M. Andral, peuvent être également déterminées

par la *cause rhumatismale, lorsqu'elle vient à porter son influence sur quelque partie interne.*

Pour distinguer entre elles les deux espèces de lésion dont il s'agit, en ce qui concerne le cœur, il est indispensable de faire l'usage le plus éclairé des signes fournis par les méthodes *physiques* d'exploration, telles que la percussion et l'auscultation. Sans cela, la distinction est complètement impossible; et c'est parce qu'on s'en tient aux données fournies par les signes dynamiques, *fonctionnels*, tels que les palpitations, l'irrégularité, les intermittences des battemens du cœur et du pouls, etc., que journellement on prend pour des *lésions organiques du cœur*, de simples *affections nerveuses* et réciproquement. La fréquence des erreurs de cette espèce serait vraiment presque incroyable, si l'on ne savait combien de praticiens sont encore de nos jours trop peu familiarisés avec les méthodes de la percussion et de l'auscultation; et, ce qui mérite d'être remarqué, c'est que plusieurs médecins commettent cette erreur sur eux-mêmes. Il serait trop long de détailler ici tout ce qu'il convient de faire pour éviter l'erreur qui nous occupe; il me suffira de rappeler que *jamais les lésions dites nerveuses ou dynamiques* du cœur, LORSQU'ELLES SONT PURES ET SIMPLES, ne produisent les signes physiques exposés plus haut. Ainsi

donc, toutes les fois qu'on observera des douleurs, *des palpitations dans la région précordiale, des irrégularités, des intermittences, dans les battemens du cœur, avec ou sans imminence de syncope, oppression*, etc., et que ces phénomènes *dynamiques* ne seront pas accompagnés de matité anormale dans la région précordiale, de bruit *permanent* de soufflet, de scie ou de râpe, etc., etc., on peut être certain qu'il n'existe point réellement d'endocardite ou de péricardite.

Si les phénomènes *dynamiques* ou *fonctionnels* dont il s'agit se lient à une affection rhumatismale extérieure, la lésion dont ils dépendent est à l'endocardite et à la péricardite ce que sont les névralgies simples rhumatismales des membres à l'arthrite également rhumatismale. Cette lésion est une sorte de *névralgie rhumatismale du cœur*, soit isolée, soit combinée à la névralgie des nerfs phréniques, intercostaux, etc. Mais la *névralgie* du cœur s'exprime, se traduit par une lésion de mouvement, et non par une douleur véritable, parce que les nerfs du cœur sont des nerfs du mouvement et non du sentiment; et, sous ce point de vue, le mot *névralgie* ne convient pas ici, non plus que dans les cas où la lésion que représente ce mot affecte des nerfs extérieurs destinés seulement au mouvement, tel que celui

de la septième paire (nerf facial), par exemple (1).

§ VI.

Une objection que l'on ne manquera pas de nous faire, sera celle-ci : il est reconnu, dira-t-on, par tous les médecins, que rien n'est plus grave que l'inflammation du cœur; or, le rhumatisme articulaire aigu n'entraîne presque jamais la mort; donc il n'est pas possible que cette inflammation du cœur soit aussi commune que vous le soutenez.

Le vice de cette argumentation est facile à faire ressortir. En effet, l'inflammation du cœur n'a jusqu'ici paru aussi funeste que par la raison qu'on ne reconnaissait guère cette inflammation que chez les individus qui succombaient. Déjà, M. Louis, dans son mémoire, a prouvé qu'on avait exagéré la gravité de la péricardite. Les faits qui me sont propres font plus que confirmer l'assertion de M. Louis en ce qui concerne la péricardite, et, de plus, ils ne permettent pas de douter que l'endocardite intense, bien que plus grave, en général, que la péricardite, ne laisse vivre un

(1) Je regrette que l'espace me manque ici pour approfondir toutes les questions que soulève l'étude du *rhumatisme des nerfs*, et spécialement du névrilème.

bon nombre des individus qu'elle attaque, même quand le traitement a été manqué.

Toutefois, s'il est vrai que les inflammations aiguës du cœur sont bien moins funestes qu'on ne l'avait prétendu, il n'est que trop certain aussi qu'en se prolongeant, elles laissent ordinairement à leur suite *des lésions dites organiques* auxquelles les individus finissent par succomber, quand elles affectent des parties dont les fonctions sont nécessaires à la vie. C'est là précisément ce qui arrive, lorsque l'endocardite a été suivie de l'épaississement, de l'induration, des adhérences, des végétations des valvules, avec déformation, insuffisance de ces soupapes organisées, rétrécissement des orifices, dilatation des cavités, hypertrophie de la substance musculaire, etc.

J'appliquerai, si l'on veut, d'ailleurs (toutefois, avec les restrictions convenables), à la péricardite et à l'endocardite rhumatismales ce que Stoll a dit des autres inflammations rhumatismales, savoir, qu'elles sont, en général, moins graves que l'*inflammation vraie* de cet auteur (1). Il me

(1) Je suis obligé d'avouer néanmoins que je n'ai pu trouver dans Stoll une définition précise de ce qu'il appelle l'*inflammation vraie*, et de ce qu'il désigne sous le nom d'*inflammation rhumatismale*. Je suppose que, par la première de ces expressions, il a voulu dire une inflammation fixe, en quelque sorte phlegmoneuse et se terminant par la suppuration. Nous verrons plus loin

semble qu'une des principales causes de cette différence vient de ce que l'*inflammation* dite *rhumatismale* s'étendant en général beaucoup en surface mais peu en profondeur, tandis que l'*inflammation vraie* de Stoll acquiert en profondeur et en intensité ce qu'elle perd en étendue, la première doit céder bien plus facilement que la seconde. On dirait que, dans l'inflammation rhumatismale, les nombreuses parties dans lesquelles siège la maladie jouent, en quelque sorte, les unes par rapport aux autres, le rôle de *révulsifs*, et que le sang et l'influx nerveux, sollicités à la fois vers tant de points différens, ne peuvent s'y porter en quantité suffisante pour constituer une profonde et *tenace* inflammation. Quoi qu'il en soit de ces vues rationnelles, dont je ferai aussi bon marché qu'on voudra, toujours est-il que la péricardite et l'endocardite rhumatismales ne sont pas aussi graves qu'on aurait pu le soupçonner *à priori*, et que la péricardite en particulier, la seule de ces deux phlegmasies sur laquelle les auteurs nous eussent légué quelques connaissances assez précises, n'est pas presque constamment mortelle, comme Corvisart nous l'enseignait.

que la différence qui existe entre les deux espèces d'inflammation comparées par Stoll, ne se rapporte pas réellement à leur nature, qui est toujours la même, mais à leur *degré*, à leur *forme*, à leur *siége*, à leurs *causes*, toutes choses fort variables.

§ VII.

Mais en voilà trop sur ce point; hâtons-nous de rapporter brièvement les nouveaux faits que nous avons recueillis, et résumons-les d'abord dans le présent paragraphe.

Depuis le commencement du mois d'août 1835 jusqu'au commencement du mois d'octobre suivant, j'ai recueilli vingt nouveaux cas de rhumatisme articulaire, soit récent, soit ancien, dont voici le résumé sous le point de vue qui nous occupe.

J'ai partagé ces vingt cas en trois catégories: la première catégorie comprend les cas relatifs à un rhumatisme articulaire aigu *généralisé*, accompagné d'une fièvre plus ou moins violente.

La troisième catégorie est affectée aux cas de rhumatisme articulaire léger, *apyrétique*.

Entre ces deux catégories, j'en ai placé une seconde contenant les cas dans lesquels une lésion dite organique du cœur s'est rencontrée chez des individus autrefois affectés d'un rhumatisme articulaire aigu prolongé et souvent *récidivé*. Cette catégorie de faits se lie étroitement aux deux autres. Elle vient à l'appui de la première, et, réciproquement, celle-ci vient à l'appui de l'autre. En effet, on ne connaît que la moitié

d'une maladie, quand on ne l'a étudiée qu'à l'état aigu. Pour la connaître tout entière, il faut l'avoir étudiée à l'état chronique. Or, qu'est-ce que cette *lésion organique du cœur* des sujets autrefois atteints de rhumatisme articulaire, sinon l'endocardite et la péricardite sous forme chronique, c'est-à-dire avec productions accidentelles, avec transformation, épaississement, induration des tissus autrefois enflammés, etc. ?

Commençons par les quatre derniers cas (17e, 18e, 19e et 20e), dans lesquels le rhumatisme fut apyrétique. La seule remarque que nous ferons à leur égard, c'est qu'ils existèrent sans aucune affection des membranes séro-fibreuses du cœur. Ils confirment ce que nous avions déjà conclu de cas semblables, antérieurement observés, savoir que la *loi* de coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu ne s'applique réellement, à quelques exceptions près, qu'aux cas dans lesquels cette maladie est accompagnée de fièvre et généralisée (1).

Parmi les neuf cas de la première catégo-

(1) Toutefois, il est quelques cas dans lesquels l'affection des articulations est légère, presque apyrétique, très mobile, et qui néanmoins nous présentent la coïncidence signalée. Nous en avons dans ce moment (27 octobre 1835), un très bel exemple chez le malade du n° 4, de la salle Saint-Jean-de-Dieu. Chez lui, l'affection du cœur ne s'est bien dessinée que quatre à cinq

rie, il en est six où l'on trouvait les signes les plus certains d'une inflammation *rhumatismale* du tissu séro-fibreux du cœur (1er, 2e, 3e, 7e, 8e et 9e). Dans les trois autres cas, cette coïncidence fut moins évidente. Toutefois, elle existait réellement chez les sujets de deux de ces cas (4e et 5e), et chez un seul seulement elle nous parut douteuse (6e cas).

Ainsi donc, huit fois sur neuf, un rhumatisme aigu de plusieurs articulations a été accompagné d'un rhumatisme du tissu séro-fibreux du cœur.

Les sept cas compris dans la seconde catégorie ne peuvent pas n'être pas pris en sérieuse considération dans la question qui nous occupe, bien que l'affection organique du cœur (à laquelle était jointe, chez quelques malades, une lésion organique de l'aorte) ne se liât pas à un rhumatisme articulaire actuellement existant, mais bien à d'anciennes attaques de cette maladie. En effet, serait-ce par un simple effet du hasard que, sur sept cas de cette maladie, il ne s'en trouvât aucun dans lequel elle n'eût été précédée

jours après l'entrée, et pendant ces quatre ou cinq jours, les genoux et le poignet droit avaient été tour à tour le siége d'une fluxion que vingt-quatre heures suffisaient pour dissiper ; le pouls était à 84-92 par minute. Dans des cas de ce genre, le rhumatisme se localise, se concentre sur le cœur comme il se concentre d'autres fois sur le genou, le pied ou la main.

d'un rhumatisme violent et de très longue durée? Pourrait-on soutenir une pareille opinion en face de ces autres faits dans lesquels un rhumatisme articulaire aigu actuellement existant est si souvent accompagné d'une endocardite ou d'une péricardite, c'est-à-dire d'un rhumatisme du tissu séro-fibreux du cœur? Ne vaut-il pas mieux reconnaître que, comme nous avons essayé de le démontrer ailleurs (*Traité clinique des maladies du cœur*), c'est à cette dernière maladie, méconnue jusqu'ici, qu'il faut faire remonter une bonne partie des lésions dites organiques du cœur (1)?

En définitive, la conclusion à tirer de ces nouveaux cas, prouve-t-elle que nous avions exagéré en disant que dans la *moitié* des cas de rhumatisme articulaire aigu, généralisé, avec fièvre

(1) Ce n'est pas à dire pour cela que toutes les lésions organiques du cœur se rattachent à une ancienne affection rhumatismale : nous avons fait voir le contraire dans le *Traité clinique des maladies du cœur*. Mais plus on se familiarisera avec l'étude approfondie de ces maladies, plus on se convaincra de la vérité de ce que nous disons. Combien de fois n'ai-je pas annoncé d'avance la préexistence d'un rhumatisme articulaire aigu chez les individus atteints d'une *affection organique du cœur*, et *combien de fois* cette sorte de *prédiction* ne s'est-elle pas trouvée juste !

considérable, le tissu séro-fibreux du cœur se trouvait pris de la même manière que celui des articulations?

Ne doit-on pas, au contraire, formuler la loi de cette coïncidence ainsi qu'il suit : dans la grande majorité des cas de rhumatisme articulaire aigu *généralisé*, fébrile, il existe, à un degré variable, un rhumatisme du tissu séro-fibreux du cœur? Cette coïncidence est donc la *règle*, et la non-coïncidence, l'*exception*.

ARTICLE SECOND.

Nouvelles observations particulières à l'appui de la doctrine précédente.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Cas de rhumatisme articulaire aigu *généralisé*, avec fièvre plus ou moins violente.

Premier cas.

Le 26 septembre 1835, M. le docteur Bouvier, alors chargé du service de M. Rullier, à la Charité, me fit engager à venir voir le malade couché au n° 14 de sa salle, lequel offrait les signes

d'une affection du cœur coïncidant avec un rhumatisme articulaire aigu.

C'était un jeune homme de dix-neuf ans, qui était entré le 3 septembre à l'hôpital. Le rhumatisme articulaire pour lequel il fut admis datait déjà d'une semaine environ, était accompagné d'une forte fièvre, et avait envahi la presque totalité des articulations.

Le premier et le second jour de son entrée, on fit prendre au malade une potion avec huit grains d'émétique; il survint de copieuses évacuations par haut et par bas, sans notable soulagement. Les jours suivans, trois saignées furent pratiquées; puis on laissa marcher la maladie. Cependant deux saignées nouvelles furent encore faites, et, lorsqu'on eut reconnu une complication du côté du cœur, on recourut à une application de sangsues à la région précordiale.

Le 26 septembre, voici ce que j'observai :

A peine eus-je appliqué la main sur la région précordiale, que je sentis un très beau frémissement vibratoire, ce qui me fit annoncer aussitôt l'existence d'un bruit de soufflet, de râpe ou de scie. En effet, en appliquant l'oreille sur la poitrine, on entendait un double bruit de scie, diffus, plus fort pendant la systole, avec sorte de ràclement sec vers la pointe du cœur; ce bruit de frottement masquait le claquement valvulaire, ou

plutôt l'absorbait à peu près complètement. Les battemens du cœur se faisaient sentir distinctement à la main, dans une étendue plus considérable qu'à l'état normal, et la matité de la région précordiale occupait un espace au moins double de l'état normal (elle était de quatre à cinq pouces verticalement et transversalement), sans notable voussure de cette région, qui n'était douloureuse qu'à une assez forte percussion.

Les battemens du cœur et du pouls étaient très fréquens (124 par minute).

Les articulations des membres, celles des supérieurs surtout, étaient encore tendues, gonflées, douloureuses ; abattement ; amaigrissement ; teint un peu terne, comme terreux.

Diagnostic. — *Endo-péricardite* (1), *avec développement de toute la masse du cœur.*

Je revis ce malade le 4 octobre suivant : les articulations étaient dégagées, mais la fièvre persistait toujours à un haut degré (128 pulsations). Le corps du malade était couvert de *sudamina* (2).

(1) A cette époque, il nous sembla que la péricardite n'avait encore donné lieu qu'à l'exsudation de fausses membranes, qui étaient probablement une des causes du large bruit de frottement qu'on entendait : toutefois, le gonflement des valvules, et par suite le rétrécissement de quelque orifice, nous parut concourir à la production de ce phénomène.

(2) Le malade avait eu pendant plusieurs jours des sueurs très copieuses.

La matité de la région précordiale était alors accompagnée d'une voussure sensible, et la main appliquée sur cette région ne distinguait qu'assez obscurément les battemens du cœur (1). Le large bruit de scie est remplacé par un bruit de râpe qui ne masque pas complètement le claquement valvulaire.

23 octobre.— Fièvre avec 128-132 pulsations; le malade, immobile dans son lit, redoute le moindre contact, et des coussins soutiennent ses membres redevenus douloureux (il est aussi probablement écorché sur les parties qui supportent le poids du corps); sa peau est sèche, le marasme est très prononcé. Le malade ne nous a pas permis de percuter la région du cœur, mais nous avons noté les phénomènes fournis par le toucher, l'inspection et l'auscultation; la main sent assez obscurément les battemens du cœur, qui sont réguliers et sans frémissement vibratoire; la voussure est à peine marquée, mais elle n'est pas entièrement effacée; le bruit de râpe a diminué, sans doute, mais il est très distinct encore dans toute la région précordiale, et offre son maximum vers le point correspondant aux orifices gauches.

(1) La péricardite était sans doute accompagnée alors d'épanchement, et le bruit de râpe tenait à la lésion des valvules et des orifices.

La respiration est précipitée (32 inspirations par minute), la parole entrecoupée, comme s'il s'était formé un épanchement pleurétique, ce qui nous paraît probable. Point de douleur, à l'état de repos, soit dans la région du cœur, soit dans les côtés; le malade ne paraît pas tousser plus qu'à l'état sain.

On prescrit un huitième d'alimens. — Le malade ne paraît pas s'inquiéter, d'ailleurs, de l'état très grave où il se trouve, et se croit mieux que par le passé.

Deuxième cas.

Un cocher de fiacre, âgé de 35 ans, est entré le 12 août 1835 à la clinique (salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 22), au cinquième ou sixième jour d'un violent rhumatisme articulaire aigu (les pieds, les genoux, les mains, les poignets, les coudes et les épaules sont pris).

Pas de voussure bien notable dans la région précordiale au moment de l'entrée; battemens tumultueux du cœur, sensibles à la main qu'ils repoussent avec force, à l'instar de véritables palpitations. Après plusieurs battemens précipités, survient une intermittence : le choc du cœur contre la paroi pectorale fait entendre à l'oreille, appliquée sur la région précordiale, un beau tintement métallique ou argentin.

Les bruits valvulaires (tic-tac du cœur) sont sourds et comme étouffés. La région précordiale rend un son mat dans une étendue de 3 pouces verticalement et transversalement.

Pouls fort, plein, développé, vibrant, offrant des intermittences et des irrégularités, comme les battemens du cœur, à 120 pulsations par minute; chaleur vive de la peau et sueurs.

Les 16 et 17, cinquième et sixième jours après l'entrée, le cœur était entièrement dégagé; battemens réguliers à 84-88; bruits valvulaires revenus à leur état normal, clairs. — Deux pouces de matité verticalement, deux pouces six lignes transversalement.

Le 20, un refroidissement est suivi d'une rechute : mêmes phénomènes du côté du cœur qu'au moment de l'entrée. Ces phenomènes cèdent encore au bout de quelques jours de traitement.

Le 24, nouveau refroidissement, nouvelle rechute, 124 à 128 pulsations. Les intermittences, les irrégularités du pouls et des battemens du cœur, l'obscurité des bruits, etc., se manifestent une troisième fois. Cet état persiste les deux jours suivans, diminue les 27 et 28, puis se dissipe. Le pouls est resté vibrant, les battemens du cœur très forts, long-temps après la cessation des intermittences avec obscurité des bruits.

Le 13 septembre, à la sortie du malade, il ne restait aucun signe de maladie du péricarde ou de l'endocarde, sinon un très léger *râpement* péricardique (1).

Six saignées du bras; deux applications de ventouses scarifiées, et deux vésicatoires sur la région précordiale, pendant le cours de la maladie.

Le sang retiré s'éleva à 28 palettes ou à 7 livres environ.

Malgré les rechutes diverses que le malade essuya par son imprudence, il était guéri le vingt-cinquième jour. Toutefois, il n'avait pas encore repris son embonpoint et ses forces ordinaires.

Troisième cas.

Une femme de 35 ans, d'un embonpoint vraiment monstrueux, fut couchée, le 25 août 1835, au n° 5 de la salle Sainte-Madeleine. Elle était atteinte, depuis cinq jours, d'un des plus violens rhumatismes articulaires aigus qu'on puisse ren-

(1) Ce malade se rendait à Picpus pour y reprendre plus vite ses forces. Nous lui prédîmes qu'il rechuterait, et nous l'engageâmes à rester encore ; mais il partit. Notre prédiction s'est accomplie, et un élève nous apprend qu'il est aujourd'hui (21 octobre) à Saint-Louis ; mais la rechute, peu grave, à ce qu'il paraît, est actuellement guérie.

contrer (toutes les articulations des membres inférieurs et supérieurs étaient prises, ce qui condamnait la malade à l'immobilité la plus absolue). Fièvre très forte.

L'énorme obésité des seins ne nous permit pas de pratiquer avec fruit la percussion de la région précordiale; mais l'auscultation nous fit reconnaître un bruit de soufflet très distinct (nous ne constatâmes d'irrégularité et d'intermittence dans les battemens du cœur et dans le pouls que le septième jour après l'entrée de la malade, les articulations étant alors à peu près entièrement dégagées).

Premier jour de traitement. — Saignée de 6 palettes le matin et de 4 palettes le soir; dans l'intervalle des deux saignées, ventouses scarifiées sur la région précordiale (3 palettes).

Deuxième jour. — Saignée, 4 palettes, 40 sangsues.

Troisième jour. — Saignée, 4 palettes.

Quatrième jour. — Saignée, 3 palettes.

Cinquième jour. — La plupart des articulations ne sont plus enflées, ni douloureuses, la fièvre a disparu; il reste encore un léger souffle dans la région précordiale. — Commencement de convalescence. (Bouillons, compresses sur les articulations encore un peu enflées, 2 pilules d'extrait gommeux d'opium.)

Sixième jour. — Irrégularité du pouls. — On supprime le bouillon.

Huitième et neuvième jours. — Le pouls reprend sa régularité accoutumée.

A la suite de sueurs abondantes, la peau se couvrit, ainsi qu'il arrive ordinairement, de sudamina, de granulations miliaires et de taches rosées.

Le 11 septembre, quatorzième jour du traitement, la convalescence était bien caractérisée : pouls à 80-84 ; point de chaleur fébrile ; articulations libres (seulement il restait encore quelques douleurs vagues). On reprend l'usage du bouillon ; on augmente peu à peu les alimens. Les jours suivans, les petites articulations des mains ayant été légèrement reprises, il suffit pour les débarrasser de les couvrir de compresses enduites de cérat mercuriel et d'exercer une compression modérée.

Les opiacés, les bains, furent continués jusqu'au 25 septembre, époque à laquelle la malade mangeait le quart et commençait à marcher. Le bruit de soufflet du cœur avait entièrement disparu.

Elle sort le 5 octobre, guérie depuis plusieurs jours (le seizième jour après l'entrée, tout était fini), et mangeant la demie. Elle dit éprouver quelques douleurs dans les épaules, qu'elle remue néanmoins très bien.

Quatrième cas.

Le 23 septembre 1825, on coucha au n° 3 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un homme de 28 ans, atteint, depuis six à sept jours, d'un rhumatisme articulaire aigu, occupant particulièrement les articulations des pieds, des coude-pieds et des genoux, et accompagné d'une fièvre violente (le pouls ne bat toutefois que 92 fois à la minute).

Les bruits du cœur sont obscurs, étouffés, *mats* en quelque sorte, au point qu'on les distingue à peine; et cependant le premier jour où nous vîmes le malade, il n'y avait pas de matité anormale dans la région précordiale; mais il n'en était plus ainsi le lendemain. Ce jour-là, en effet, une matité de 3 pouces et demi transversalement et verticalement fut constatée, avec légère voussure de la région précordiale et bruits du cœur éloignés, profonds; la main ne sent pas les battemens de cet organe.

Les saignées coup sur coup firent promptement justice de la maladie (en cinq ou six jours), et la matité de la région précordiale disparut en même temps que les bruits du cœur se rapprochèrent de l'oreille. Ces bruits restèrent comme voilés, ce qui tenait à la présence d'une lame du poumon qui recouvrait le péricarde. On s'est as-

suré de cette dernière circonstance par la percussion, qui rend un son clair dans la région précordiale; et par l'auscultation, qui fait distinctement entendre dans ce point le murmure respiratoire.

A quoi pourrait-on attribuer les phénomènes signalés plus haut, sinon à un épanchement dans le péricarde, suite de la fluxion rhumatismale de cette membrane? L'endocarde, et spécialement les valvules, ont-ils été pris? Cela peut être, mais rien ne l'a prouvé d'une manière positive.

Cinquième cas.

Un jeune homme, atteint d'un rhumatisme articulaire aigu accompagné d'une violente fièvre, fut couché au nº 14 de la salle Saint-Jean-de-Dieu (5 septembre 1835).

Battemens du cœur très forts, accompagnés d'un bruit de soufflet des plus prononcés.

Le cinquième jour d'un traitement par les saignées coup sur coup, le rhumatisme avait disparu, et avec lui la fièvre et le bruit de soufflet du cœur.

Point de rechute.

Le malade ne tarda pas à sortir de l'hôpital (il n'y avait pas encore quinze jours qu'il y était entré).

Sixième cas.

Le 21 septembre 1835, on coucha au n° 4 de la salle Sainte-Madeleine, une portière, âgée d'environ 30 ans, affectée depuis cinq à six jours d'un rhumatisme articulaire aigu. Le lendemain de son entrée, 23, elle offrait l'état suivant (1) :

Le rhumatisme occupe les pieds et les genoux, le droit principalement; et le moindre mouvement de cette dernière articulation, qu'elle ne peut étendre, fait pousser des cris à la malade (un oreiller soutient le jarret); la circonférence du genou droit est de 12 pouces 6 lignes, celle du gauche de 12 pouces 3 lignes; la peau est tendue, luisante, et sillonnée de veines plus dilatées qu'à l'état normal; pouls à 124, chaleur avec sueurs abondantes et *sudamina au cou*. La violence de la fièvre ne nous paraissait pas en rapport avec le petit nombre des articulations entreprises, et nous pensâmes qu'elle était probablement entretenue en partie par l'inflammation, ou, si l'on veut, le rhumatisme du tissu séro-fibreux de l'appareil sanguin; il n'existait point de matité anormale dans la région précordiale, mais les battemens du cœur étaient très

(1) Le jour de l'entrée, une saignée de trois palettes lui fut pratiquée. Avant de venir à l'hôpital, douze sangsues avaient été appliquées sur le genou gauche.

forts, et les *bruits valvulaires bien plus sourds qu'à l'état sain*, ce qui nous fit présumer l'existence d'une *endocardite* valvulaire au premier degré, celui de simple *fluxion* ou d'*hyperémie.*

Saignée, 4 *palettes; ventouses scarifiées aux genoux*, 3 *palettes; puis compresses enduites de cérat mercuriel, et bandage légèrement compressif; boissons émollientes; diète.*

22 au soir, le pouls est tombé à 90.

23, soulagement très notable : la malade étend son genou droit, et ne souffre plus que pendant les mouvemens brusques (la circonférence de cette articulation a diminué de 3 lignes, ainsi que celle de l'articulation opposée). — *Saignée*, 3 *palettes.*

24, bruits du cœur tout-à-fait clairs; douleurs des articulations nulles (circonférence du genou droit, 12 pouces; du gauche, 11 pouces 9 lignes); convalescence commençante.

25, genou droit, 11 pouces 10 lignes; gauche, 11 pouces 8 lignes; — résolution complète.

Quelques bains achevèrent le traitement.

Dès le 26 septembre, 6e jour après l'entrée, la malade mangea le huitième de la portion.

Elle sortit, le 5 octobre, parfaitement bien portante, nous remerciant beaucoup de l'avoir si promptement guérie.

Septième cas.

Vers les premiers jours du mois d'août 1835, on coucha au n° 8 de la salle Sainte-Madeleine, une femme d'une trentaine d'années, qui était arrivée au vingtième jour d'un rhumatisme articulaire aigu. Les mains et les poignets étaient alors le siége principal de la fluxion rhumatismale. La fièvre était encore forte (100 à 112 battemens du pouls par minute); pouls régulier, tendu, vibrant.

La région précordiale est soulevée par des battemens forts, étendus, semblables à de véritables palpitations; on entend, dans la même région, un bruit de soufflet très prononcé; l'étendue de la matité était au moins double de l'état normal; nulle douleur dans la région du cœur.

L'endocardite avec accroissement du volume du cœur était évidemment alors la maladie principale.

Vu l'ancienneté de la maladie et l'état de maigreur et d'épuisement où se trouvait cette femme, je crus devoir m'abstenir des saignées coup sur coup, et j'annonçai que la guérison se ferait assez long-temps attendre. Quelques émissions sanguines avaient été pratiquées avant l'entrée.

Deux saignées, de quatre palettes l'une, et de

trois palettes l'autre, une application de ventouses scarifiées de quatre à cinq palettes; un large vésicatoire sur la région précordiale, la digitale à l'extérieur (méthode endermique) et à l'intérieur, la diète sévère, les bains, les boissons diaphorétiques; les cataplasmes sur les articulations malades, tels furent les moyens mis en usage.

Les articulations étaient entièrement dégagées, depuis plusieurs jours, que la fièvre dite rhumatismale persistait encore, avec bruit de soufflet et violens battemens du cœur.

Cependant, le 11 septembre, le bruit de soufflet avait beaucoup diminué; les battemens du cœur étaient moins forts, moins étendus, et la fièvre nulle. La malade mangeait le quart.

Le 13, la malade demande sa sortie. Nulle articulation n'était malade; battemens du cœur calmes; bruit de soufflet presque nul. Hier, la malade s'est promenée, a descendu et remonté l'escalier, sans éprouver, dit-elle, d'étouffement.

Il y a lieu d'espérer que, malgré la longue durée de l'endocardite, il ne restera pas le germe d'une *affection* dite *organique du cœur*.

Dans ce cas, les saignées n'ont point été pratiquées suivant notre méthode, et la maladie a eu la durée assignée par les auteurs, savoir de 40 à 60 jours.

Huitième cas.

Dans les premiers jours du mois d'août 1835, fut couchée au n° 12 de la salle Sainte-Madeleine, une femme de 28 à 30 ans, atteinte, depuis une huitaine de jours, d'un violent rhumatisme articulaire aigu. Cette femme était une malheureuse mendiante de Vitry, épuisée par la misère. Nous ne la saignâmes que suivant la méthode ordinaire, et je déclarai que la maladie traînerait en longueur, d'autant plus que nous constatâmes la coïncidence d'une endocardite. Il existait, en effet, un beau bruit de soufflet dans la région précordiale avec palpitations et matité. Le pouls était vibrant, à 120 pulsations par minute; sueurs abondantes, sudamina.

Après les émissions sanguines très modérées (une saignée du bras de 3 palettes, et une saignée locale par les ventouses de 5 palettes), la teinture de colchique fut donnée pendant dix à douze jours, sans aucun soulagement (le pouls resta chaque jour à 104-108).

Un large vésicatoire fut appliqué sur la région précordiale, et, chaque jour, dix à douze grains de poudre de digitale furent déposés à sa surface.

Dès le lendemain de l'application du vésicatoire, le pouls se ralentit.

A partir de ce jour, la fièvre dite rhumatismale diminue, puis disparaît entièrement, et la malade demande sa sortie. Cependant, comme le bruit de soufflet, moins prononcé à la vérité, persistait encore, et qu'elle avait besoin de reprendre des forces, nous la déterminâmes à rester encore pendant quelque temps. Elle n'éprouvait aucune douleur, ni dans les articulations, ni dans la région du cœur, et sa respiration était tout-à-fait libre, du moins à l'état de repos.

Le 10 septembre, elle mangeait la demie; il ne restait plus de sa maladie qu'un bruit de souffle à la région précordiale, lequel était incomparablement moins fort qu'à l'entrée, et sensible seulement pendant la systole, tandis qu'à l'entrée il était double.

La malade sort le 13 : son pouls était à 72, sans aucune irrégularité; elle n'éprouvait plus de palpitations, respirait facilement, et se trouvait très bien; à part un bruit de souffle encore très sensible pendant la systole, nous ne trouvions plus nous-même rien d'anormal dans son état.

Neuvième cas.

Le 2 septembre, M. Bouvier me montra un

rhumatisant qui mangeait la demie (1). Nous constatâmes chez le malade ce qui suit :

1° Légère voussure de la région précordiale laquelle rend un son mat dans une étendue d'environ quatre pouces transversalement et verticalement ; on entendait un double bruit de soufflet très fort, qui, vers la pointe du cœur, était accompagné d'un bruit de frottement péricardique très sec et un peu *criard.* Quant au double bruit de soufflet proprement dit, il avait son maximum d'intensité vers la région de l'orifice aortique (partie moyenne du sternum). Là, pendant la diastole du cœur, le bruit de soufflet paraissait produit par une véritable aspiration.

Le pouls de ce malade était *bis feriens* ou *dicrote.* Il n'est pas très rare de rencontrer le pouls auquel on a donné ce nom ; mais je ne l'avais encore jamais observé au même degré que dans le cas actuel. A l'échancrure du sternum, la crosse de l'aorte présentait de la manière la plus évidente le double mouvement que j'avais senti à l'artère radiale.

Ce caractère du pouls chez un individu dont les mouvemens du cœur étaient accompagnés

(1) Il y avait vingt jours que ce malade, jeune homme d'environ 25 ans, était entré pour un rhumatisme articulaire aigu.

de bruit de soufflet, par suite d'une endocardite rhumatismale, fixa vivement notre attention. Ne serait-il pas possible que, chez ce malade, il s'opérât une sorte d'*aspiration* d'une certaine quantité de sang artériel pendant la diastole du ventricule gauche, aspiration que permettrait l'insuffisance des valvules aortiques? Cette hypothèse est d'autant plus probable, que, comme nous l'avons noté, le bruit de soufflet qu'on entend dans la région correspondante à l'orifice aortique, donne, pendant la diastole ventriculaire, l'idée d'un bruit réel d'aspiration. Dans ce cas d'insuffisance des valvules aortiques, on observerait, pendant la diastole du ventricule gauche, un reflux dans le cœur, comme on observe un reflux dans l'oreillette droite et dans les veines, par suite de l'insuffisance de la valvule tricuspide (1).

En traversant la salle de M. Lerminier pour me rendre dans celle de M. Bouvier, un élève me fit examiner un malade chez lequel un rhuma-

(1) A propos de ce reflux, désigné sous le nom de pouls veineux, nous avons vu, chez M. Bouvier, à côté du précédent malade, un individu qui offre le phénomène dont il s'agit de la manière la plus frappante. On voit distinctement la colonne de sang de la veine jugulaire descendre brusquement pendant la diastole du ventricule droit, puis refluer dans la veine pendant la systole de ce ventricule, dont la valvule est insuffisante.

tisme articulaire aigu était aussi accompagné d'une *endocardite*.

DEUXIÈME CATÉGORIE.

Cas de lésions organiques du cœur et de l'aorte, survenues à la suite d'anciens rhumatismes.

—

Dixième cas.

Le 9 septembre 1835, fut couché au n° 20 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un homme de 29 ans, qui, à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, avait éprouvé des palpitations et les autres accidens qu'on assigne vulgairement et vaguement *aux affections organiques du cœur et des gros vaisseaux*. Il y a quinze à dix-huit mois qu'il éprouva le rhumatisme, et il fut traité à l'hôpital Beaujon.

Exploré avec le plus grand soin, à diverses reprises, le malade nous offrit les phénomènes suivans : les battemens du cœur ébranlent toute la partie inférieure du côté gauche de la poitrine, l'épigastre, et même la région ombilicale; ils sont accompagnés d'un double bruit de frottement de râpe, et d'un tintement métallique dû à la percussion du cœur contre la paroi pectorale; des battemens isochrones au pouls soulèvent la

partie moyenne du sternum et la partie correspondante du côté droit de la poitrine jusqu'au niveau du sein, et là on entend un double bruit de soufflet ou de râpe plus fort encore que dans la région précordiale elle-même, en même temps qu'on sent un beau frémissement vibratoire qui se propage à la crosse de l'aorte (dont on voit très bien les battemens dans l'échancrure du sternum), ainsi qu'aux artères carotides; point de bruit de diable.

Il existe de la matité depuis le sein droit jusqu'au sein gauche (neuf pouces environ); verticalement la matité de la région précordiale est de quatre pouces. Toute la région qui rend un son mat offre une saillie, une voussure évidente. La matité à droite s'étend verticalement jusqu'à deux pouces environ au-dessous de la clavicule. Pouls régulier, vibrant; point de notable dyspnée à l'état de repos; il n'existe ni d'ascite, ni d'anasarque; mais le malade ne peut monter un escalier sans être essoufflé, etc.

Aux signes ci-dessus indiqués, on ne pouvait méconnaître l'existence d'une *énorme hypertrophie du cœur avec anévrisme de l'aorte et induration des valvules gauches*.

Une saignée de 2 à 3 palettes seulement fut pratiquée au malade (il était pâle, maigre, chétif),

et, huit jours après son entrée, il sortit sans avoir éprouvé de notable changement dans son état.

Onzième cas.

Dans les premiers jours de septembre 1835, nous reçûmes au n° 18 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un homme d'une trentaine d'années, qui avait été traité, à deux reprises différentes, à l'hôpital Saint-Louis, pour un rhumatisme articulaire. Il fut traité plus tard à l'Hôtel-Dieu et à la Charité pour une maladie du même genre, à ce qu'il dit. Au moment de son arrivée dans notre service, il était épuisé par la diarrhée, et présentait une ascite et une anasarque considérables. Il succomba le 17 septembre.

Parmi les lésions anatomiques rencontrées à l'ouverture de son corps, je signalerai seulement ici les suivantes : teinte laiteuse de la surface externe de l'oreillette droite; valvule tricuspide sensiblement épaissie à son bord libre; plaque blanche, séreuse, facile à détacher, accidentellement développée dans la portion pulmonaire du ventricule droit; quelques points jaunes sur les valvules bicuspide et aortiques un peu épaissies, mais bien conformées; orifices du cœur libres; un peu de rétrécissement des ventricules, surtout du gauche, dont les parois ont huit à dix

lignes d'épaisseur; adhérences anciennes dans les deux côtés de la poitrine.

Douzième cas.

Le 23 septembre 1835, nous reçûmes à la Clinique (salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 11), un jeune homme de 23 ans, affecté d'un rhumatisme articulaire léger, apyrétique, datant d'une quinzaine de jours.

Trois ans auparavant, il avait éprouvé une première atteinte de rhumatisme articulaire. Cette attaque fut très violente et dura six semaines, pendant lesquelles le malade séjourna à l'hôpital Saint-Louis, où il fut traité par les bains. A la suite de cette maladie, le jeune homme est resté sujet à des palpitations, et il offre maintenant tous les signes d'une grave *lésion organique du cœur.*

Battemens très forts du cœur, qui, au moindre exercice fatigant, se transforment en palpitations violentes; ces battemens sont réguliers, à 68-72 par minute; le pouls est vibrant; la région précordiale offre une notable voussure, et rend un son mat dans une étendue de quatre pouces et demi verticalement et transversalement; on y sent un très beau frémissement vibratoire, et on y entend un double bruit de râpe ou de scie qui absorbe à peu près com-

plètement le claquement valvulaire ; vers la pointe du cœur, le premier bruit de frottement se change en un piaulement un peu rauque et étouffé. Le choc de la pointe du cœur répond au sixième espace intercostal (1).

Il n'existe point d'infiltration, et le malade n'éprouve de notable étouffement qu'en montant ou en se livrant à quelque exercice pénible.

Il existe évidemment une grande hypertrophie du cœur avec induration, épaississement des valvules, sans obstacle très considérable à la circulation, et, peut-être, des plaques blanches sur le péricarde : toutes ces lésions ont été la suite d'une endo-péricardite méconnue, et qui, comme on dit, a passé à l'état *chronique*.

Le traitement palliatif est le seul qu'on puisse mettre en usage. Une guérison radicale n'est pas au pouvoir du médecin.

(1) Cet espace intercostal et le cinquième sont manifestement élargis, ainsi que nous nous en sommes assuré par la mensuration. Comme le sujet est maigre, on voit les battemens du cœur presque aussi bien que si cet organe était à nu : on le voit et on le *sent* avec la main revenir sur lui-même, se rétrécir quand la pointe vient frapper la poitrine, et se dilater ensuite. Le choc de la pointe du cœur, isochrone au pouls, ne paraît pas résulter uniquement du redressement de cette partie, mais aussi de ce que le sang pressé de toutes parts par la systole, en réagissant contre la pointe, qui est mobile, lui imprime une brusque secousse.

Le malade sort le 10, dans le même état : hier, il a monté l'escalier sans être fortement essoufflé, mais avec augmentation dans la force des battemens du cœur.

Treizième cas.

Le 5 septembre 1835, nous reçûmes au n° 12 de la salle Sainte-Madeleine (où elle est encore en ce moment, 6 novembre), une femme de 49 ans, offrant tous les symptômes d'une grave lésion organique du cœur, qui datait de cinq mois, époque à laquelle elle avait eu un rhumatisme articulaire aigu, pour lequel elle passa trois mois à l'Hôtel-Dieu (service de M. Bally). Elle fut traitée par les bains et ne fut pas saignée, dit-elle, une seule fois.

Il existe dans la région précordiale un double bruit de soufflet dont le maximum d'intensité correspond à la région des orifices gauches; ce bruit absorbe complètement le claquement valvulaire; il est accompagné d'un frémissement *cataire* distinct; les battemens du cœur sont précipités, tumultueux, intermittens, irréguliers, et se font sentir dans une étendue plus grande qu'à l'état normal; pouls à 140 pulsations, petit, inégal, irrégulier, intermittent; veines jugulaires gonflées; visage violet, livide; étouffement, orthopnée; anasarque.

Diagnostic. — *Hypertrophie du cœur consecutive à une endocardite* rhumatismale, *terminée par épaississement et induration des valvules.*

Sous l'influence du repos, de la digitale, d'un régime sévère et de boissons diurétiques, la dyspnée se calme, le pouls se régularise, prend plus de volume, tombe à 68 pulsations; l'anasarque se dissipe, et les battemens du cœur ne sont plus accompagnés que d'un double bruit sec, comme parcheminé, un peu âpre ou rauque.

Des douleurs rhumatismales se sont développées dans les épaules, sans gonflement ni rougeur.

La malade mange le quart; elle est passablement à l'état de repos; mais il est à peu près certain que l'exercice ramènera tous les accidens.

Quatorzième cas.

Le 11 septembre 1835, fut couchée au n° 8 de la salle Sainte-Madeleine, une femme âgée de 38 ans, ayant éprouvé, depuis 6 à 7 ans, de nombreuses attaques de rhumatisme articulaire aigu, pour l'une desquelles elle est restée cinq mois à l'Hôtel-Dieu.

A la suite de cette maladie, elle a éprouvé des palpitations, de l'étouffement, surtout en

montant les escaliers; elle n'a pas été enflée; depuis quinze jours elle éprouve de nouvelles douleurs dans les jointures, mais surtout dans la partie supérieure externe de la cuisse droite, et ses palpitations ont augmenté; du reste, elle n'a point de fièvre, et aucune articulation n'est rouge et gonflée.

La région du cœur rend un son mat dans l'étendue de 5 pouces 6 lignes transversalement et de quatre pouces verticalement. Dans toute cette étendue, les battemens du cœur se font sentir avec force; la pointe de cet organe, tout-à-fait dirigée à gauche, et comme située transversalement, frappe la poitrine à deux ou trois pouces plus en dehors que normalement. Dans toute la région précordiale, quelle que soit la position que l'on donne à la malade, on entend un fort bruit de râpe ou de scie qui masque et absorbe le claquement valvulaire. Ce bruit se propage dans toute la partie antérieure de la poitrine; il n'existe pas de frémissement *cataire* notable; pouls irrégulier, intermittent, peu développé, mais vibrant; point de bruit de *diable* dans les carotides; veines jugulaires dilatées, lèvres un peu violettes.

DIAGNOSTIC. — *Énorme hypertrophie du cœur, avec induration et épaississement des valvules*,

consécutivement à une endocardite ou à une endo-péricardite RHUMATISMALE.

Aujourd'hui (6 novembre), la malade est encore à l'hôpital.

Quinzième cas.

Le 29 septembre 1835, fut couché au n° 18 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un peintre en bâtimens, âgé de 41 ans, marié, d'une constitution délicate, lymphatique, cheveux blonds, sujet à s'enrhumer, qui me fut adressé par mon confrère, M. le docteur Roger, comme atteint d'une maladie organique du cœur.

Il fut examiné le 30 à la visite. — Sa maigreur squelettique, la fièvre hectique (pouls à 112-116, régulier, médiocrement développé), les crachats muqueux, sales, qui remplissaient son crachoir, nous firent présumer, dès le premier abord, l'existence d'une tuberculisation pulmonaire. Un son caverneux dans la région sous-claviculaire droite, avec tintement obscur de pot fêlé et souffle semi-amphorique, ne laissaient aucun doute sur la présence d'une vaste excavation pulmonaire; à la partie postérieure et supérieure, la résonnance était généralement très obscure. Les omoplates étaient saillantes en manière d'ailes, poitrine étroite, aplatie, alongée.

L'affection organique du cœur fut ensuite l'objet de notre examen.

Ce qui nous frappa d'abord, ce fut le volume du cœur, dont les battemens soulevaient fortement la région précordiale; la pointe se faisait sentir dans le sixième espace intercostal, qui était élargi ainsi que le cinquième, sans notable voussure de cette région, dont la matité était de trois pouces quatre lignes verticalement et transversalement.

L'impulsion était forte, les battemens étaient bien réguliers. Un bruit de râpe ou de scie existait dans toute la région précordiale, et se propageait dans toute la partie antérieure de la poitrine, masquant presque entièrement le double claquement valvulaire, et présentant son maximum d'intensité au niveau des orifices gauches : là, le premier bruit du cœur était remplacé par un bruit de râpe plus prolongé, plus fort que celui qui correspondait au second bruit; toutefois, un intervalle à peine sensible séparait ces deux bruits anormaux l'un de l'autre. Le frottement râpeux semblait se passer si près de l'oreille, et dans une surface si étendue, que, au premier aperçu, on aurait pu le rapporter exclusivement au glissement des feuillets opposés du péricarde, devenus inégaux et raboteux, par suite de fausses membranes organisées à leur surface; mais une

exploration plus approfondie, la circonstance du maximum du bruit vers les orifices gauches et de la propagation lointaine de ce bruit, avec *absorption complète du claquement valvulaire*, me firent annoncer qu'il existait une transformation des valvules gauches en cercle tendineux ou fibro-cartilagineux, et partant *insuffisance*, frottement pendant le passage du sang, etc., etc.

Cette lésion devait être la suite d'une ancienne endocardite, et l'hypertrophie considérable et générale du cœur se rattachait également à cette maladie, ainsi qu'à la péricardite, qui avait pu exister en même temps.

Sachant par de nombreuses observations que de toutes les espèces étiologiques de la péricardite et de l'endocardite, la plus commune est *la rhumatismale*, je demandai au malade s'il n'avait jamais éprouvé de *douleurs dans les jointures*. Il me répondit qu'il en avait éprouvé en 1813, étant alors militaire, et que, de plus, il en éprouva d'autres, il y a environ vingt mois; c'est à la suite de cette maladie qu'il a été sujet aux palpitations pour lesquelles M. Roger me l'avait adressé. M. Buchel (1), qui lui donna

(1) M. Buchel fit, à cette époque, une saignée de 4 palettes, une application de ventouses à la région précordiale, 3 palettes, et il prescrivit la teinture de digitale à l'intérieur. Les médecins qui, huit mois auparavant, avaient soigné le malade,

des soins à cette époque, a confirmé le fait. M. Buchel ajoute qu'il a considéré la maladie comme rhumatismale ou névralgique.

De la région du cœur, la douleur remontait à l'épaule, et tout le membre gauche jusqu'aux doigts était douloureux. Le malade pensa que ces douleurs étaient de la même nature que les rhumatismes qu'il avait éprouvés en 1813.

Ainsi, voilà donc un nouveau cas de lésion dite organique du cœur, consécutive à un rhumatisme compliqué, sans doute, d'endocardite, soit isolée, soit plutôt combinée à une péricardite.

Quant à l'affection des poumons, elle est consécutive, de l'aveu du malade, à un rhume négligé qui se déclara il y a bientôt neuf mois (janvier 1835).

La diarrhée s'est montrée à plusieurs reprises dans le cours de l'affection tuberculeuse, mais elle a diminué, à ce que dit le malade, depuis une huitaine de jours.

L'état de consomption, la pâleur cadavérique du sujet, l'oppression extrême, la perte totale des forces (le malade peut à peine se tenir assis dans son lit, pour l'exploration de la partie pos-

et l'avaient traité pour une douleur et des palpitations, l'avaient saigné sept à huit fois, à de longs intervalles. Il y avait déjà huit mois que le malade était alité quand M. Buchel le vit.

térieure de la poitrine), l'abondance de l'expectoration, font craindre une mort assez prochaine.

L'absence de l'infiltration des membres et de l'ascite, de la teinte violette ou livide du visage, la régularité du pouls et son passable développement, nous portent à établir que le cours du sang à travers le cœur s'opère encore assez facilement, et qu'à l'état de repos la lésion du cœur n'a presque point de part dans la dyspnée.

Prescription. — Viol., guim., sirop de gomme; looch blanc, poudre de digit. 6 *gr.*; *bouill.*, *pot.*, *lait.*

Il demanda sa *sortie*, *le* 2 *octobre.*

Seizième cas.

Le 4 octobre 1835, M. Bouvier me fit prier d'aller voir un de ses malades, affecté d'une maladie de l'aorte.

Je l'ai examiné en présence de plusieurs élèves de la clinique, et voici les résultats de cet examen :

Le malade est un peintre en bâtimens, âgé de 23 ans, d'un teint blanc-jaunâtre.

On observe dans la partie moyenne du sternum et la région précordiale, une voussure assez prononcée; la main appliquée sur la région in-

diquée éprouve un magnifique frémissement vibratoire, ayant son maximum d'intensité à droite du sternum, à deux ou trois pouces au-dessous de la clavicule. J'annonce aussitôt qu'un bruit de frottement de râpe ou de scie doit accompagner le signe précédent; et, en effet, l'auscultation fait reconnaître un très beau bruit de râpe, dont le maximum d'intensité correspond au même point que celui du frémissement vibratoire: ce bruit est double et masque le claquement valvulaire.

La main est fortement repoussée par les battemens du cœur, dans une étendue plus considérable qu'à l'état normal, battemens d'ailleurs réguliers. La percussion rend un son mat dans une étendue de neuf pouces transversalement, et de cinq pouces et demi verticalement. A droite, la matité commence vers le milieu de la région sous-claviculaire pour s'étendre obliquement de haut en bas vers l'union de la région externe du côté gauche avec la région postérieure, où la pointe du cœur, mousse et arrondie, choque avec force. Une voussure évidente existe à la région qui rend un son mat, et se termine en mourant à la circonférence de cette région.

On voit les battemens du cœur comme s'il était

à nu; le choc est isochrone au pouls, en sorte que deux personnes, dont l'une compte le pouls, et l'autre le choc du cœur, prononcent en même temps un, deux, trois, etc. ; on voit le cœur se dilater dans l'instant qui suit le choc, etc.

Le pouls est à 68-72, et on sent distinctement un *bruissement*, une sorte d'agitation de la colonne sanguine qui parcourt la radiale. Point de souffle dans les grosses artères qui naissent de l'aorte, bien qu'on y sente un frémissement vibratoire des plus prononcés.

Respiration bonne à l'état de repos; de l'oppression en montant et pendant les exercices pénibles. Point d'hydropisie.

Les signes précédens ne permettaient pas de méconnaître une *grande lésion organique* du cœur et de l'aorte (*hypertrophie du cœur avec induration des valvules gauches*; *dilatation anévrismale de l'aorte*, etc.).

Nous ne manquâmes pas de nous enquérir des maladies antécédentes du sujet, et nous eûmes la certitude que le rhumatisme articulaire en constituait la principale.

Voici ce que nous répondit ce jeune homme, en présence de nombreux témoins : « Depuis l'âge de quatre à cinq ans jusqu'à quinze ans, tous les hivers j'ai été *impotent*; les mains, les

pieds, les genoux, étaient enflés, douloureux(1). »

C'est à la suite de ces affections rhumatismales que sont survenues des palpitations et les autres symptômes de la maladie pour laquelle il est entré à l'hôpital (2).

TROISIÈME CATÉGORIE.

Cas de rhumatisme articulaire très léger, *apyrétique*.

Dix-septième cas.

Dans les premiers jours de septembre 1835, nous reçûmes au n° 15 de la salle Saint-

(1) Il y a un an, il a eu la colique de son état (colique de plomb).

Il a été réformé *à cause de ses palpitations*.

Ce cas est, pour ainsi dire, la copie ou le pendant de celui que nous avons observé dans notre service, et qui est rapporté dans cet opuscule sous le n° 10.

(2) Ce malade a passé dans notre service (salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 12), le 19 octobre 1835, et nous avons de nouveau constaté les divers phénomènes signalés plus haut. Une auscultation plus prolongée nous a fait reconnaître que le frottement pendant la systole donne lieu à un bruit de râpe, de scie, ou même d'étrille, tandis que pendant la diastole, on entend un bruit de soufflet de forge des plus beaux et pour ainsi dire modèle. — Pouls régulier à 68-72, vibrant, avec bruissement, d'un volume peu considérable eu égard à celui du cœur; le bruissement dans les carotides, les sous-clavières et la portion de l'aorte qui répond à l'échancrure du sternum, est un véritable frémissement vibratoire, semblable à celui de la tumeur anévrismale.

Jean-de-Dieu un jeune homme atteint d'un rhumatisme articulaire très léger et sans réaction fébrile. Le cœur ne nous offrit rien de morbide.

Nous ne crûmes pas devoir recourir à notre méthode des émissions sanguines, en raison de la bénignité du cas, et nous essayâmes la teinture de colchique. Nous n'en obtînmes pas un résultat fort encourageant. Quoique très léger, ce rhumatisme se prolongea bien au-delà du terme auquel disparaissent ordinairement les violens rhumatismes traités par les saignées coup sur coup.

Dix-huitième cas.

Au n° 7 de la salle Sainte-Madeleine, est entrée, le 29 août 1835, une femme d'une quarantaine d'années, fortement constituée, affectée d'un rhumatisme des pieds et des genoux, sans fièvre.

Il n'existait aucun signe de maladie du cœur. Pendant les douze premiers jours, elle fit usage de la teinture de colchique, et fut soumise à un régime assez sévère. Nulle amélioration.

9 septembre. — Les deux genoux étaient douloureux et gonflés plus que jamais, le droit surtout, à la partie interne duquel on sentait une

fluctuation très distincte. La circonférence de ce genou était de 15 pouces 1/2, et celle du gauche de 14 pouces 1/2.

Six palettes de sang furent retirées par l'application de ventouses scarifiées sur chaque genou, application suivie de la compression (une compresse enduite de cérat mercuriel ayant été préliminairement placée sur chaque genou). — Diète.

10 septembre. — Les douleurs étaient calmées. La circonférence du genou droit n'était plus que de 14 pouces 6 lignes, et celle du gauche que de 14 pouces (diminution d'un pouce pour l'une, et de 6 lignes pour l'autre).

11 septembre. — Nulle trace de fluctuation; circonférence du genou droit, 14 pouces.

13. — Les deux genoux sont entièrement guéris. On donne des alimens à la malade, qui sort, très bien portante depuis plusieurs jours, le 1er octobre 1835.

Dix-neuvième cas.

Le 2 octobre 1835, on admit au n° 14 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un garçon marchand de vin, autrefois tonnelier, qui, à la suite des refroidissemens auxquels sa profession l'expose, et après avoir couché dans une chambre très froide, est affecté depuis 15 jours de douleurs

rhumatismales, parcourant successivement diverses articulations, les parois pectorales, etc.

Point de gonflement notable dans les articulations; point de fièvre.

Le cœur n'offre aucune lésion.

Vingtième cas.

Le 7 octobre 1835, nous reçûmes un charcutier, âgé de 39 ans, qui se plaignait de douleurs dans les membres, sans gonflement des articulations, sans fièvre (1).

Le cœur était à l'état normal.

(1) En 1823, ce malade fut atteint, à Blois, d'un rhumatisme articulaire aigu qui le retint trois mois au lit, et dont il ne fut entièrement guéri, dit-il, qu'au bout de huit mois. Le médecin qui le traita se contenta de faire appliquer sur les articulations des cataplasmes faits avec le vin et la mie de pain.

CHAPITRE II.

SYMPTÔMES, MARCHE, INTENSITÉ, DURÉE ET TERMINAISON DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Il n'est pas nécessaire d'insister très longuement sur les divers sujets de ce chapitre.

I. Douleur, chaleur, légère rougeur, tuméfaction, avec ou sans fluctuation, des articulations affectées, tels sont les symptômes locaux du rhumatisme articulaire aigu. Les veines sous-cutanées qui serpentent autour des articulations sont plus développées qu'à l'état normal, et sont d'autant plus apparentes, que la peau, plus tendue, est amincie, comme luisante.

Le toucher augmente la douleur, il en est de même du moindre mouvement, et de là cette attitude remarquable d'immobilité que présentent les malades atteints d'un violent rhumatisme général.

La fluctuation, signe d'un épanchement articulaire, ne peut être bien constatée que dans les grandes articulations, et spécialement dans les genoux : il existe alors deux saillies sur les côtés de la rotule, qui est soulevée, et cesse de se trou-

ver en contact avec les surfaces articulaires du fémur et du tibia (1).

II. Une fièvre violente, et qui, toutes choses égales d'ailleurs, l'est d'autant plus, qu'un plus grand nombre d'articulations sont *prises*, accompagne les symptômes locaux ci-dessus indiqués. Le pouls est fort, plein, dur, vibrant, à 100—120 par minutes ordinairement. La chaleur est considérable, et une sueur abondante, un peu visqueuse, d'une odeur fade ou acescente, nauséabonde, inonde tout le corps des malades. Lorsque la sueur a duré pendant quelques jours, la peau, surtout dans les point où cette humeur séjourne le plus, se couvre de myriades de *sudamina*, souvent accompagnés d'éruption miliaire (2) et de taches rouges, assez analogues à celle de la roséole.

La perte de l'appétit, une soif ordinairement très vive, une insomnie plus ou moins opiniâtre, selon l'intensité des douleurs, et les diverses com-

(1) Pour apprécier d'une manière exacte et mathématique la tuméfaction des articulations et les changemens qu'elle éprouve chaque jour, nous les mesurons, à chaque visite, avec une bande en maroquin divisée en pouces et en lignes.

(2) « La fièvre rhumatismale, dit Stoll, était accompagnée » quelquefois d'éruption miliaire, blanche, rouge ou mêlée. » Voyez Constitution de 1777, mois d'avril, tome 1er de la *Médecine pratique.*)

plications, sont des symptômes qu'il suffit de noter en passant.

Le caillot que fournit la saignée est ferme, glutineux, et se couvre d'une couenne qui s'organise rapidement en une véritable fausse membrane, épaisse, dense, résistante, analogue à une peau de chamois : il flotte au milieu d'une sérosité claire, jaunâtre ou verdâtre (1). Les bords du caillot sont renversés, ce qui lui donne la forme d'un champignon. Sydenham, et surtout Stoll, ont particulièrement signalé la couenne rhumatismale (2). Les urines se troublent ordinairement peu de temps après leur évacuation, et sont si épaisses qu'elles ressemblent à du *moût de raisin* (*urines jumenteuses*); elles rougissent fortement le papier de tournesol.

En général, la fièvre du rhumatisme articulaire aigu est d'une intensité supérieure à celle

(1) Aucun observateur n'avait encore constaté la présence de la couenne que sur le sang fourni par la saignée générale. Nous l'avons aussi constatée, à la clinique, un bon nombre de fois sur les caillots des saignées par les ventouses scarifiées.

(2) « Dans le rhumatisme fébrile, dit le médecin de Vienne, » la couenne du sang fut *toujours* très inflammatoire, et si épaisse, » qu'on apercevait à peine un peu de sang ou de partie rouge; » cette couenne était et moins considérable et moins épaisse » dans toutes les autres maladies inflammatoires, quelque graves » qu'elles fussent. » Cette remarque de Stoll est de toute exactitude.

des autres maladies aiguës, et cela se conçoit aisément aujourd'hui que nous connaissons la coïncidence à peu près constante de l'inflammation articulaire très intense avec celle du centre circulatoire (dernière inflammation à laquelle se joint quelquefois celle du système vasculaire lui-même).

III. La diffusion du rhumatisme articulaire, ou sa dissémination sur les vaisseaux, le cœur et les autres viscères, sur les nerfs extérieurs et intérieurs, fournit une foule de phénomènes sur lesquels l'espace ne me permet pas de m'arrêter. (J'ai, du reste, exposé plus haut les signes de la péricardite et de l'endocardite rhumatismales.)

IV. Le rhumatisme articulaire considéré en soi, et abstraction faite de ses diverses complications, est susceptible de plusieurs degrés, soit sous le point de vue de son étendue, soit sous celui de son intensité. Ainsi, quant à l'étendue, tantôt il n'occupe qu'un petit nombre d'articulations, celles du pied ou de la main, les genoux, par exemple; tantôt, au contraire, il envahit presque toutes les articulations. Quant à l'intensité, tantôt il est si léger, qu'il se dissipe en vingt-quatre heures; tantôt il est si profond et si violent, qu'il résiste pendant des mois entiers, si d'énergiques moyens ne lui sont opposés.

Lorsque le rhumatisme aigu abandonne facilement une ou plusieurs articulations, il ne le fait ordinairement que pour en envahir d'autres, quel que soit, d'ailleurs, le mécanisme qui préside à ce déplacement. En général, toutes les autres conditions étant égales, la *fixité* et la résistance du rhumatisme articulaire aigu sont en raison inverse du nombre des articulations entreprises.

La mobilité du rhumatisme articulaire aigu est un phénomène qui n'a pas encore été assez rigoureusement analysé. Il ne faut pas croire qu'à tous ses degrés, le rhumatisme articulaire aigu puisse se déplacer, ou mieux se dissiper facilement et rapidement. Qu'il existe, par exemple, une tuméfaction du genou très considérable, avec épanchement abondant dans l'articulation, etc., et vous verrez si le plus souvent c'est par une *métastase* ou une *délitescence* brusque et soudaine que le rhumatisme se terminera. On a confondu ici deux choses fort différentes. Il est très vrai que, même dans le cas dont il s'agit, la douleur de l'articulation peut disparaître promptement, avec ou sans explosion d'une douleur nouvelle dans une autre articulation; mais il n'en est pas toujours de même de l'épanchement articulaire, lequel constitue cepen-

dant alors l'élément essentiel de la maladie (1). La douleur n'est qu'une sorte de névralgie symptomatique de l'affection articulaire, comme le *point de côté* pour la pleurésie ; et, dans l'un et l'autre cas, ce symptôme, tout commun qu'il est, constitue néanmoins un accident plutôt qu'un caractère *essentiel* de la maladie, puisque la pleurésie peut exister sans douleur, comme aussi le rhumatisme articulaire, qui n'est, pour ainsi dire, qu'une pleurésie des membranes synoviales. Dire qu'un rhumatisme articulaire avec épanchement peut toujours se déplacer ainsi, en un clin d'œil, ce serait supposer que la péricardite avec épanchement peut toujours aussi disparaître de la même manière, hypothèse que la saine observation repousse.

En somme, un rhumatisme articulaire qui ne dépasse pas ce degré, que je désignerai volontiers sous le nom de simple *fluxion*, analogue à celle qui accompagne certaines névralgies faciales, peut offrir une grande mobilité ; mais il n'en est pas de même d'un rhumatisme articulaire d'un degré plus élevé, qui tend à la suppuration, ou

(1) « Dolor adest atrox, nunc in hoc, nunc illo artu, in » carpis, humeris et genubus præsertim, vicissim hos relin» quens et illos occupans, *rubore et tumore in parte, quam postre» mùm affecit, adhùc residuis.* » (Sydenham, t. I, p. 498.)

qui déjà s'est terminé par un épanchement purulent ou séro-purulent. Celui-là, s'il est abandonné à lui-même, ne se dissipe qu'au bout d'un certain temps; mais la douleur dont il était d'abord accompagné peut disparaître long-temps avant la résorption de l'épanchement articulaire, comme le point de côté avant la résorption d'un épanchement pleurétique. Ainsi donc, dans les phlegmasies des membranes et des parenchymes, l'élément nerveux ne doit pas être considéré comme le fait fondamental, mais bien comme le fait accessoire, accidentel de la maladie : car, encore un coup, il peut exister sans elles, et, réciproquement, elles peuvent exister sans lui. Cependant, chaque jour, on voit des praticiens prendre l'une de ces choses pour l'autre (1).

V. De l'aveu de tous les observateurs qui jusqu'ici ont tracé l'histoire du rhumatisme articulaire aigu, la durée de cette maladie est très longue, et, terme moyen, de quarante à cinquante jours (2). Mais l'expérience démontre, de la ma-

(1) Voyez le mémoire que nous avons publié dans le *Journal hebdomadaire* (23 août 1834), sous ce titre : *Quelques Réflexions tendant à prouver que la douleur ne doit pas être placée parmi les symptômes essentiels de l'inflammation.*

(2) « La durée du rhumatisme aigu, presque toujours très » longue, varie depuis une quinzaine de jours jusqu'à deux et » trois mois : on l'a vu dans quelques cas rares, disparaître en

nière la plus claire, la plus formelle, que la durée du rhumatisme articulaire est en rapport avec le mode de traitement. Par conséquent, cette moyenne de la durée du rhumatisme n'est vraie que dans les conditions du traitement employé par ceux qui l'ont déterminée, et cesse de l'être dans d'autres conditions thérapeutiques. Appuyé sur plus de cent observations, recueillies avec un soin extrême et en présence d'un grand nom-

» trois à quatre jours, et dans d'autres, se prolonger au-delà de » quatre à cinq mois ; sa durée moyenne est de quarante jours. » (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques;* article *Arthrite*, par M. Roche.)

M. Chomel est un des auteurs qui ont le plus insisté sur la longue durée du rhumatisme articulaire aigu, mais il paraît avoir un peu modifié ses idées à cet égard, selon les temps. Au reste, voici ce que je trouve dans le compte-rendu de ses leçons et le résumé de sa clinique (*Lancette française*, 10 septembre 1833. 14 septembre 1834, et 1er octobre 1835) :

« La durée du rhumatisme peut être de quelques minutes ou » de plusieurs mois.

» Les rhumatismes accompagnés de fièvre ont duré vingt-trois » jours au moins, et cinquante jours au plus.

» La durée du rhumatisme articulaire général, dans le relevé » de 49 malades, a été, une seule fois, de quinze jours ; dans » les autres cas, la maladie s'est prolongée de trois semaines à » trois mois. »

Dans l'*Essai sur le rhumatisme*, du même auteur, publié en 1813, on lit : « La durée du rhumatisme aigu, quand il est intense, » s'étend rarement au-delà du 2e ou du 3e septénaire, du 6e » quand il est léger. »

bre d'élèves et de plusieurs confrères, j'ose affirmer que, sous l'influence du traitement que nous employons, la durée du rhumatisme a diminué de plus de moitié, et ne dépasse pas, en général, un à deux septénaires. Et qu'on ne dise pas que nous avons eu affaire à des rhumatismes légers : ils étaient pour le moins aussi graves que ceux que j'avais vus autrefois durer quarante ou cinquante jours, et coïncidaient presque constamment, ainsi que je l'ai déjà dit, avec une péricardite, une endocardite, une angéite, une pleurésie, etc. Encore une fois, il ne s'agit point ici d'une chose douteuse : il nous est démontré, avec la rigueur mathématique, que la seule cause de la moindre durée de nos rhumatismes gît dans le mode de traitement qui nous est propre, et dont nous parlerons plus loin.

Un fait bien remarquable, qui avait déjà fixé l'attention de nos prédécesseurs, mais dont ils n'avaient pas saisi la cause réelle, c'est la persistance de la fièvre chez quelques rhumatisans dont les articulations sont depuis long-temps dégagées. C'est là ce qui, dans la plupart des cas, prolonge en quelque sorte indéfiniment la durée de la maladie. Nous avons été assez heureux pour trouver la plus satisfaisante explication de cette fièvre rhumatismale qu'on avait voulu *essentialiser*. Une inflammation rhumatis-

male du cœur, des vaisseaux, de la plèvre, etc., en voilà réellement la cause. Et, pour le dire en passant, ces inflammations sont presque toujours complètement indolentes (c'est même cette circonstance qui les avait jusqu'à présent fait si souvent méconnaître): nouvelle preuve que la douleur n'est pas inhérente, essentielle à l'inflammation; nouvelle preuve aussi que l'inflammation rhumatismale des tissus séreux ou séro-fibreux n'est pas aussi mobile de sa nature qu'on le répète avec tant de complaisance, puisque dans les cas que nous signalons, elle est tellement fixe et enracinée, qu'elle alimente une fièvre de plusieurs semaines (1).

L'âge de nos malades ne nous a pas paru modifier très sensiblement la durée du rhumatisme. Je sais néanmoins qu'il est des praticiens qui disent avoir observé le contraire. Si j'en crois un travail assez récemment publié, voici, par exemple, l'opinion de M. Chomel sur la durée du rhumatisme, selon les âges: « M. Chomel a » *observé* que de 15 à 30 ans, le rhumatisme se » termine ordinairement avant le quarantième » jour, et de 30 à 35 après ce terme, dans le » rapport de un à deux. Chez les individus de

(1) Il est vrai qu'alors cette phlegmasie ne siége plus dans les articulations; mais une question de siége n'est pas une question de nature.

» 45 ans, la terminaison a lieu après le qua-
» rantième jour, dans le rapport de quatre
» à un. »

VI. La terminaison du rhumatisme articulaire aigu, bien qu'elle se fasse long-temps attendre, est rarement funeste. Cependant, l'endocardite, la péricardite, la pleurésie, avec lesquelles il coïncide, entraînent quelquefois la mort. Si j'en juge même par les cas qui ont été publiés dans ces derniers temps par divers journaux (voyez particulièrement la *Lancette française*), la mortalité est plus considérable qu'on ne l'avait cru jusqu'ici.

Une autre terminaison du rhumatisme consiste dans son passage à l'*état chronique*. Ce n'est pas seulement le rhumatisme articulaire, mais aussi le rhumatisme du cœur ou de quelque autre viscère qui peut affecter et qui n'affecte, en effet, que trop souvent la forme chronique; de là d'incurables lésions organiques...

CHAPITRE III.

CARACTÈRES ANATOMIQUES ET SIÉGE DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

L'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire aigu n'est pas la partie la plus avancée de son histoire. La raison en est que cette maladie se termine assez rarement par la mort, même quand elle est compliquée, et de ce que parmi les cas où la mort arrive, par suite d'une complication, il s'en rencontre dans lesquels, à l'époque de la mort, les articulations étaient dégagées. Ajoutons aussi que les articulations n'ont pas toujours été examinées chez les rhumatisans emportés par une complication grave.

Le rhumatisme articulaire aigu entraîne-t-il à sa suite un épanchement de pus ou de synovie purulente dans les cavités articulaires, comme la péricardite et la pleurésie déterminent une collection de pus ou d'un liquide séro-purulent, séro-pseudo-membraneux dans la plèvre et le péricarde? On l'a nié dans ces derniers temps, et on a dû le nier puisqu'on professait que le rhumatisme

articulaire aigu n'est point une inflammation, et que cette opinion tomberait pour ainsi dire sans pouvoir se relever en présence d'une suppuration dans les articulations attaquées de rhumatisme(1). Aussi, qu'a-t-on répondu à ceux qui ont présenté des faits de rhumatisme articulaire aigu terminés par suppuration? La réponse est facile à prévoir : c'est que la maladie n'était pas un rhumatisme articulaire aigu.

Le premier observateur qui, à ma connaissance, ait signalé la terminaison du rhumatisme par suppuration, est précisément ce même Stoll dont quelques modernes invoquent parfois l'autorité contre les idées que nous développons. En parlant de son troisième genre de rhumatisme, le plus violent de tous, il dit : « Chez quelques malades, ces rhumatismes, » après les avoir fait souffrir long-temps, se » tournèrent en suppuration. — Ces fluxions, » ajoute-t-il, étaient de nature érysipélateuse

(1) « Nous avons vu qu'on n'avait pas encore trouvé de pus » dans les articulations, ou bien, quand cela avait eu lieu, la » présence du pus tenait à d'autres causes. Or, une inflammation qui ne se termine *probablement* jamais par suppuration, » n'a pas une nature vraiment inflammatoire. » (Compte-rendu des leçons de M. Chomel sur le rhumatisme, *Lancette française*, jeud ,4 se pembre 1834.)

Qu'est-ce qu'une inflammation qui n'a pas une nature vraiment inflammatoire?...

» très caustique; elles faisaient pousser des cris » au malade lorsqu'on le touchait avec le doigt, » même très légèrement. »

Il est fâcheux que Stoll n'ait pas donné de plus amples éclaircissemens sur ce point. Comment et où a-t-il constaté la suppuration? Était-ce bien dans les rhumatismes articulaires que cette terminaison avait eu lieu? La suite du passage que nous rapportons semblerait le faire croire : « Je traitai (c'est toujours Stoll qui » parle) deux jeunes filles, dont l'une eut *la* » *main* et l'autre *le pied* affectés d'un pareil rhu- » matisme... Mes soins, quoique très multipliés » et diversifiés, ne purent l'emporter sur le ca- » ractère opiniâtre de la maladie (1). »

Passons à des faits plus positifs.

M. Chomel, dans sa thèse sur le rhumatisme, cite des cas où l'on on a trouvé dans les articulations des individus qui ont succombé pendant la durée de cette maladie, du pus, ainsi

(1) Au reste, voici encore une citation qui tend à prouver qu'il s'agissait bien d'un rhumatisme articulaire, et qui ne permet pas de douter en même temps que Stoll n'assimilât ce rhumatisme, sous une certaine forme, à une phlegmasie *chronique :*

« La seconde espèce de rhumatisme était ce rhumatisme opi- » niâtre et chronique des extrémités, d'abord avec fièvre et un » gonflement de la partie affectée; ensuite, quoique la fièvre » eût été dissipée, restant long-temps douloureux. S'il n'était

que d'autres signes non équivoques d'inflammation des synoviales articulaires. Il en conclut seulement, à la vérité, que *les symptômes qui accompagnent cette inflammation ressemblent beaucoup à ceux du rhumatisme.* Citons les propres paroles de M. Chomel :

« Le rhumatisme peut-il avoir son siége dans » les membranes synoviales ? Chez un malade » qui succomba à l'hôpital de la Charité, les deux » articulations scapulo-humérales avaient été af- » fectées successivement de douleurs vives et de » gonflement ; chez deux autres observés à l'Hô-

» pas traité convenablement, les articulations ne cessaient qu'à » la longue d'être douloureuses : il les laissait moins propres au » mouvement, raides, pleines de nodosités, tuméfiées, et pour » toujours comme à demi contournées.

» Nous rencontrions une dysenterie semblable à ce rhuma- » tisme, rebelle comme lui aux lois du traitement connu, et » suivant tout-à-fait la marche de cette fluxion opiniâtre des ar- » ticulations. Les douleurs des intestins durèrent fort long- » temps..... On tenta inutilement différens moyens : les ma- » lades périrent, soit d'hydropisie, soit de consomption, par » des déjections continuelles de sérum ou de *chymus*.

» On trouvait alors les *intestins, surtout les gros, beaucoup* » *plus épais que dans l'état ordinaire, coriaces*, et cependant pas » ulcérés.

» Le rhumatisme invétéré produisait ici sur les intestins ce » que j'ai dit avoir eu lieu par la même cause pour les articu- » lations, qui restaient tuméfiées, noueuses, raides et inhabiles » au mouvement. » (*Médecine pratique*, tome III, pages 241 et suivantes.)

» tel-Dieu, toutes les articulations mobiles de-
» vinrent douloureuses et tuméfiées, avec impos-
» sibilité d'exécuter les mouvemens; on trouva
» après la mort, chez tous ces malades, les syno-
» viales enflammées, et des épanchemens puru-
» lens dans les cavités articulaires. Quelles con-
» séquences à déduire de ces faits? que les syno-
» viales sont susceptibles de s'enflammer, et que
» les symptômes qui accompagnent cette in-
» flammation ressemblent beaucoup à ceux du
» rhumatisme: mais quelle connexion y a-t-il
» entre l'une et l'autre maladie? *Nulle autre que*
» *la seule contiguïté des parties affectées.* » (*Essai*
sur le rhumatisme, pag. 14.)

J'ai entendu dire à M. le professeur Moreau, qu'à l'époque où il était interne à l'Hôtel-Dieu, il avait trouvé dans les articulations d'un sujet mort de rhumatisme, du pus véritable, semblable à celui d'un phlegmon. M. Piorry, d'après ce qui est rapporté dans quelques thèses sur le rhumatisme articulaire, a aussi trouvé une ou deux fois du pus dans les articulations.

Si ma mémoire ne me trompe pas, je crois avoir recueilli trois cas de suppuration *rhumatismale* des articulations. Toutefois, en cherchant, un peu à la hâte, dans mes cahiers d'observations, je n'ai trouvé que les deux cas suivans:

« Le 11 avril 1828, on ouvrit, à l'hôpital
» de la Charité, une jeune femme qui avait été
» affectée d'un rhumatisme articulaire très aigu,
» pendant le cours duquel il survint une pleu-
» résie. (Cette pleurésie se manifesta peut-être
» en même temps que le rhumatisme; mais
» celui-ci ayant absorbé, sans doute, toute l'at-
» tention du médecin et des assistans, on ne re-
» connut la pleurésie qu'à l'ouverture du cada-
» vre.)

» La malade ne passa qu'une quinzaine de
» jours à l'hôpital.

» L'articulation tibio-fémorale gauche était
» rouge, un peu sèche; les condyles du fémur
» étaient érodés: il n'y avait point de pus. L'ar-
» ticulation tibio-fémorale droite était pleine
» d'un véritable pus mêlé de synovie; la con-
» gestion sanguine était à peine marquée (dans
» les derniers jours de son existence, la malade
» avait cessé de souffrir dans cette articulation).
» Une des deux articulations radio-carpiennes
» était *rouge* comme l'articulation tibio-fémo-
» rale gauche, et avait été évidemment enflam-
» mée.

» La portion de la veine crurale la plus voi-
» sine de l'articulation pleine de pus, contenait
» une matière purulente, mêlée d'une sanie rou-
» geâtre. Dans tout le reste de son étendue, elle

» était oblitérée, ainsi que ses divisions, par du » sang concret; en plusieurs points, on reconnut » une certaine quantité de pus. Les parois de » la veine étaient épaissies, surtout vers le ge» nou. Sa membrane interne était d'un rouge » violet : la concrétion fibrineuse ou fibrino» purulente se détachait facilement.

» L'artère crurale était libre.

» Le nerf qui accompagne ces vaisseaux était » plus rouge qu'à l'état normal, et nous parut » sensiblement plus gros. »

Sur les cinq cas de rhumatisme articulaire inscrits dans un relevé de notre clinique (du 10 mars au 30 août 1832), il en est un qui fut mortel; voici une courte note sur ce cas.

L'individu qui succomba fut atteint, pendant son séjour à l'hôpital, d'un violent érysipèle de l'avant-bras et de la main gauche, avec fièvre ardente et accidens cérébraux. Il mourut le quatrième jour après l'explosion de cette grave complication (1).

A l'autopsie cadavérique, on trouva plusieurs

(1) Il est clair que ce n'est point le rhumatisme articulaire qui a fait périr ce malade. Mais il ne serait pas impossible que l'inflammation phlegmoneuse du membre et la phlébite eussent été produites par la même cause qui avait donné lieu au rhumatisme articulaire. A cette époque, j'employais les émissions sanguines

énormes foyers de pus dans les tégumens du bras et de la main, et les veines de ce membre ainsi que plusieurs autres étaient enflammées.

La plupart des articulations contenaient une synovie trouble, épaisse, offrant en quelques points l'aspect du pus.

M. Raciborski a publié le fait suivant (1) : « Villamé (Thérèse), âgée de 27 ans, cuisi-» nière, exposée à l'humidité et aux vicissi-» tudes atmosphériques, enceinte de cinq mois, » commence, le 27 janvier, à éprouver des dou-» leurs dans les hanches, suivies de frisson. » Les genoux, les pieds et les poignets se » prennent successivement, et la malade entre » dans le service de M. Piorry (n° 66, salle Saint-» Joseph). Le 1er février, on constate une tumé-» faction, avec chaleur et rougeur, de presque » toutes les articulations, et une hydarthrose du » genou gauche.

» On a prescrit plusieurs saignées pendant les » jours suivans, et deux seulement ont été faites, » à plusieurs jours de distance (par erreur ou

avec assez de générosité, sans néanmoins avoir encore fait usage de la méthode que je suis aujourd'hui. Peut-être aurions-nous sauvé ce malade, si cette méthode eût été mise en usage. Il faut, toutefois, reconnaître que les accidens cérébraux constituaient une circonstance des plus aggravantes.

(1) Communiqué à M. le docteur Raciborski, par M. Godin, élève de M. Piorry.

» négligence). La malade resta dans un état à peu » près stationnaire jusqu'au 6 mars, où elle ac- » coucha d'un enfant mort... Des symptômes de » métro-péritonite se déclarent, et la malade » succombe, le 9 mars, à huit heures du soir.

» *Aut. cadav.* — L'articulation fémoro-tibiale » gauche présente, à l'extérieur, une tuméfac- » tion des plus remarquables. A l'ouverture, il » s'en écoule une quantité considérable de pus » ayant les caractères les plus tranchés, et il en » reste encore deux cuillerées. Les cartilages sont » ramollis, les fibro-cartilages détruits sur quel- » ques points. La capsule elle-même présente » une couleur rouge foncée ; de fausses mem- » branes existent à sa surface. Des altérations » analogues se rencontrent à un degré plus ou » moins élevé dans les deux articulations tibio- » tarsiennes. — L'intérieur du vagin contient » une sérosité rougeâtre, mêlée de pus. La sur- » face interne de la matrice est un peu ramollie. » Pas de pus dans sa substance ; les veines de la » matrice et la veine cave n'en offrent pas non » plus. » (*Journal hebdom.*, 12 avril 1834.)

Dans l'article qu'il a consacré au rhumatisme puerpéral des muscles et des synoviales (*Inflammation puerpérale des muscles et des synoviales*), M. Cruveilhier a rapporté trois cas de termi-

naison par suppuration (1). Il a aussi trouvé les surfaces articulaires érodées.

Dans le premier cas, les articulations tibio-tarsiennes, toutes les articulations tarsiennes et les gaînes synoviales tendineuses des muscles fléchisseur commun, fléchisseur propre et jambier postérieur étaient remplies de pus.

Dans le second cas, la suppuration avait eu lieu dans l'articulation du genou et dans le tissu cellulaire libre de la cuisse et de la jambe.

Dans le troisième cas, les foyers de pus siégeaient dans l'articulation du poignet, dans les articulations tarsiennes et dans l'épaisseur de la jambe. (Cruveilhier, *Anat. pathol. du corps humain*, 17e livraison.)

Dans le dernier concours pour l'agrégation, un des compétiteurs a cité le cas d'un rhumatisme articulaire aigu (service de M. Husson) terminé par la mort. On trouva du pus dans la

(1) Il est très vrai, et M. Cruveilhier n'a pas oublié de le dire, que chez les femmes récemment accouchées, l'inflammation rhumatismale des articulations, comme toutes les autres inflammations en général, a une tendance à la suppuration qu'on n'observe pas au même degré hors de l'état puerpéral; mais cela n'empêche pas que la nature de la maladie ne soit au fond la même. Pour se débarrasser de ces faits importuns, on a pris le parti le plus simple: on a nié, *à posteriori*, l'existence du rhumatisme chez les nouvelles accouchées *rhumatisantes* dont les articulations contenaient du pus.

plupart des articulations, et entre autres dans celle de l'axis avec l'atlas.

Quelque peu nombreux que soient les cas dont on vient de prendre connaissance, ils suffisent pour démontrer que la terminaison par suppuration ou par épanchement purulent n'est point étrangère au rhumatisme articulaire aigu (1).

(1) Que s'il s'agissait du rhumatisme dit musculaire aigu, on ne serait pas embarrassé pour rapporter des cas de suppuration du tissu cellulaire intermusculaire. Les chirurgiens nous ont tracé une histoire assez détaillée de ces abcès *rhumatismaux*. M. le professeur Roux en a observé un très grand nombre, et je me rappelle avoir fait entrer dans sa clinique, il y a un an environ, un jeune homme des plus vigoureux, attaché au service de santé de la marine, qui, à la suite de douleurs rhumatismales, fut atteint d'une énorme suppuration du tissu cellulaire du muscle grand pectoral gauche, suppuration dont il fut impossible de tarir la source et qui finit par emporter le malade.

Dans son *Anatomie pathologique du corps humain*, après avoir dit que *le rhumatisme puerpéral, comme d'ailleurs le rhumatisme inflammatoire provenant de toute autre cause* (*), *peut affecter exclusivement le tissu cellulaire qui constitue autour de chaque muscle comme une atmosphère celluleuse, les mucles étant parfaitement intacts*, M. Cruveilhier rapporte le cas suivant :

« Un jeune homme, étant allé patiner sur le canal de l'Ourcq, » saisi par le froid, éprouve une douleur vive dans toute la » cuisse : on crut à une simple douleur rhumatismale. Bientôt

(*) L'état puerpéral n'est point la cause du rhumatisme ; il constitue seulement une prédisposition à cette maladie, et favorise la terminaison par suppuration. Mais, comme nous le dirons bientôt, la seule cause *déterminante* du véritable rhumatisme aigu, est un refroidissement subit, succédant à une transpiration plus ou moins abondante, une *sueur rentrée*, comme le dit le vulgaire.

Ces faits démontrent en même temps, que le véritable et principal siége de cette maladie n'est point dans les ligamens, comme l'enseignaient Pinel, M. Chomel (1) et beaucoup d'autres. Quoi qu'en ait dit ce dernier auteur (M. Chomel), le rhumatisme articulaire aigu a pour siége réel les membranes séreuses des articulations ou

» des traces non équivoques d'inflammation se manifestèrent ; » le malade dépérit rapidement : fréquence extrême du pouls ; » mort un mois après l'invasion.

» A l'ouverture, on trouva que le tissu cellulaire de toute la » cuisse avait été envahi par la suppuration ; les muscles avaient » été comme disséqués ; le fémur, privé de son périoste, était au » centre de cette vaste dénudation. »

Après avoir examiné quelques observations de rhumatisme musculaire terminé par suppuration, M. Chomel conclut que *cette terminaison n'est encore établie sur aucun fait certain.* « Je » ne prétends pas néanmoins, dit-il, que le rhumatisme ne soit » pas susceptible de se terminer par suppuration. » (*Essai sur le rhumatisme.*)

(1) M. Chomel, dans son *Essai sur le rhumatisme*, commence par déclarer (page 8) que l'*anatomie pathologique n'a encore rien appris de certain sur les névroses, les fièvres et le rhumatisme.* Il conclut des symptômes du rhumatisme, que cette maladie a pour siége le tissu musculaire et fibreux. Toutefois, il ne se prononce qu'avec une grande réserve sur le siége du rhumatisme dans le tissu fibreux.

« L'expression de rhumatisme articulaire, dit M. Chomel, » était préférable à celle de rhumatisme fibreux qu'on lui » a substituée. En indiquant qu'il avait son siége au *niveau* » *d'une articulation*, elle ne présentait aucune idée fausse ou » douteuse : ce sera uniquement dans ce sens que je l'emploierai » dans le cours de cette dissertation. » (*Essai sur le rhum.*, p. 15.)

les synoviales. Les tissus ligamenteux ne sont pris qu'accessoirement, ainsi que plusieurs autres parties voisines, telles que les vaisseaux, le tissu cellulaire extérieur des articulations, etc.

Pour distinguer le rhumatisme des synoviales articulaires de celui des autres parties qui concourent à former ces articulations, il conviendrait, peut-être, de lui donner le nom de *synovite rhumatismale.*

CHAPITRE IV.

CAUSES DÉTERMINANTES DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Il existe certainement pour le rhumatisme articulaire aigu, comme pour la plupart des autres maladies, une véritable prédisposition. Mon objet actuel n'est pas d'insister sur cette circonstance, qu'il m'importait seulement de noter en passant.

Quant aux causes déterminantes de la maladie qui nous occupe, elles se réduisent, en dernière analyse, à une seule, savoir, l'action du froid, surtout humide. Cette action est d'autant plus puissante, qu'elle s'exerce chez un individu dont le corps est échauffé outre mesure et dans un état d'abondante transpiration. Les fatigues musculaires constituent aussi une condition éminemment favorable au développement de cette maladie. L'influence du froid, à la suite de violens exercices, a été parfaitement signalée par Sydenham : *Hâc ut plurimum occasione rheumatismus nascitur; æger sc. sive exercitio aliquo vehementiori, sive aliquo modo excalefactus, mox repentinum frigus admisit.*

Cette cause est tellement évidente, que l'on a réellement quelque peine à concevoir comment elle a pu, dans ces derniers temps, être révoquée en doute. Chose assez singulière, à notre avis : le même auteur qui nie l'influence du froid pour la production du rhumatisme articulaire, reconnaît au rhumatisme musculaire la cause dont il s'agit (1).

Quelque profondément convaincu que je fusse par l'autorité des observateurs qui nous ont précédés, et par l'autorité des faits que j'avais antérieurement recueillis, de l'influence du froid sur le développement du rhumatisme articulaire, j'ai voulu, par de nouvelles observations, savoir à quoi m'en tenir sur la valeur de l'opinion contraire. Or, environ cinquante sujets affectés de rhumatisme articulaire aigu, interrogés par nous dans le courant de cette année, nous ont, pour la plupart, formellement déclaré, en présence d'une foule d'élèves, que leur maladie avait bien été *occasionée* (pour nous servir de l'expression de Sydenham) par des alternatives de chaud et de froid. Quelques sujets, il est vrai, commencent

(1) « L'influence du froid est extrêmement prononcée sur la » production du rhumatisme musculaire ; mais pour le rhu- » matisme articulaire cette cause est à peu près nulle. » (*Lancette française* ; *Résumé de la Clin. de M. le prof. Chomel, jeudi 1er octobre* 1835.)

par répondre qu'ils ne connaissent pas la cause de leur maladie. Mais en les interrogeant avec le soin nécessaire, on ne tarde pas à savoir que tous ou presque tous ont été exposés à la cause ci-dessus indiquée. Au reste, la règle générale passe toujours avant l'*exception*.

Si ce qui précède est bien vrai, on ne doit pas s'étonner de ce que, toutes choses égales d'ailleurs, le rhumatisme affecte de préférence les personnes qui par leurs travaux ou leurs professions subissent souvent des alternatives de chaud et de froid, tels que les marchands de vin, les boulangers, les cuisiniers, les laboureurs, les militaires, les blanchisseuses. On conçoit aussi pourquoi le rhumatisme articulaire aigu sévit le plus fréquemment pendant les saisons dans lesquelles les vicissitudes de chaud et de froid sont très communes, etc., etc.

On a créé, je le sais, pour le rhumatisme, comme on l'avait fait pour tant d'autres maladies, un agent spécial, un *âcre, un virus rhumatismal*, *une humeur rhumatismale*. Mais c'est là une hypothèse des plus gratuites, et l'on est affligé de voir un aussi excellent observateur que Stoll partager, en quelques endroits de ses écrits, une pareille erreur. Cet illustre médecin, comme personne ne l'ignore, a fait jouer

aussi à son état gastrique ou saburral, à sa *poli-cholie*, un rôle important dans la production de certains rhumatismes, et de là même, ainsi que nous le dirons plus loin, sa malheureuse division de cette maladie en *rhumatisme inflammatoire* et en *rhumatisme non-inflammatoire.* Quelque imposante que soit une opinion soutenue du beau nom de Stoll, on ne saurait, pourtant, lui sacrifier l'observation, et ce serait faire un tel sacrifice que d'admettre tout ce que le célèbre médecin de Vienne a écrit touchant l'influence qu'exerce la bile sur le développement du rhumatisme, comme sur celui de la pleurésie, de la pneumonie et de la plupart de toutes les autres maladies aiguës (1). Il ne faut pas que notre respect pour les grands maîtres qui ont vécu avant nous, aille jusqu'à l'idolâtrie. C'est en marchant sur leurs traces, et non par une adoration superstitieuse et servile, qu'il convient d'honorer les génies supérieurs (1).

(1) Au reste, en divers endroits de sa Médecine pratique, Stoll signale très *explicitement* l'influence des alternatives de chaud et de froid sur la production du rhumatisme. A la page 241 du tom. III, par exemple, il dit : *On voyait affectés de rhumatismes des hommes bien portans d'ailleurs, pour s'être exposés, dans un état de sueur, à un air froid.* A la page 218, en parlant de la dysenterie *rhumatismale* ou du *rhumatisme intestinal,* il déclare qu'*il n'a jamais vu cette maladie avoir lieu sans que les malades eussent à se reprocher de s'être exposés au froid étant en sueur.*

CHAPITRE V.

DE LA NATURE DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

§ Ier.

Lorsqu'on a bien observé, sous tous les rapports, un certain nombre de cas de rhumatisme articulaire aigu, on a lieu de s'étonner des longues disputes dont la nature de cette maladie a été l'objet. On est particulièrement surpris qu'un des praticiens les plus célèbres de notre époque, après avoir cherché vainement à placer le rhumatisme dans l'une des classes des cadres nosologiques les plus connus, se trouve réduit à l'installer entre les phlegmasies et les hémorrhagies.

« Le rhumatisme ne pouvait être mieux placé, » dit M. Chomel, qu'à la fin de la classe des » phlegmasies, avec lesquelles il a plus d'analo- » gie qu'avec aucune autre affection, et immé- » diatement avant celle des hémorrhagies, avec » laquelle il a aussi des connexions intimes, et » notamment par ses fréquens retours et sa mo- » bilité.

» Il offre avec les maladies nerveuses beau-

» coup d'analogie par *l'absence de toute es-*
» *pèce de lésion organique dans les parties qu'il*
» *affecte*... Il se montre fréquemment avec des
» phénomènes inflammatoires; mais ce n'est
» pas dans les parties affectées de rhumatisme
» *que ces phénomènes ont lieu.* (*Essai cité*, pag. 66, 67.) (1)

Toutefois, il faut reconnaître que de bon observateurs, dans tous les temps, ont reconnu au rhumatisme articulaire aigu un caractère inflammatoire. Mais comme, tout en admettant sa nature inflammatoire, il offre des caractères qu'on ne rencontre pas dans d'autres inflam-

(1) Voici quelques variantes de cette opinion :

Dans le compte-rendu des leçons de M. Chomel sur le rhumatisme, on s'exprime ainsi relativement à la nature de cette maladie : « Après avoir comparé le rhumatisme à toutes les ma-
» ladies connues, nous sommes forcé de reconnaître qu'il forme
» un groupe, une famille tout aussi naturelle que la fièvre in-
» termittente. » (*Lancette française*, 4 septembre 1834.)

Dans cet article, on s'applique à détailler les différences qui existent entre le rhumatisme et l'inflammation, laquelle, dit-on, *n'a qu'une forme;* et dans les cas où *le rhumatisme semble revêtir une forme inflammatoire*; on le rapproche de la variole!!! De ce que la fièvre persiste lorsque toutes les articulations sont devenues libres, on en conclut que le rhumatisme *articulaire* ne réside pas dans les *articulations;* et, à cette occasion, pas un seul mot des inflammations rhumatismales du péricarde, de l'endocarde, de la plèvre, etc., qui alimentent cette fièvre, et produisent *ce phénomène curieux qui ne se voit jamais dans l'inflammation.*

mations, il fallait bien *spécialiser le rhumatisme articulaire.* C'est pourquoi ceux-ci le classèrent parmi les catarrhes, ceux-là, parmi les fluxions. Comme, par les progrès continuels de la science, les catarrhes et les fluxions de l'espèce de ceux dont on rapprochait le rhumatisme articulaire aigu, sont venus aujourd'hui se fondre et se perdre en quelque sorte dans la vaste classe des phlegmasies proprement dites, il s'ensuit que cette dernière maladie elle-même a dû éprouver un semblable sort.

Ce n'est pas, en conscience, sans une sorte de pudeur médicale que l'on se trouve aujourd'hui forcé de démontrer la nature inflammatoire du rhumatisme articulaire aigu, à son *maximum* d'intensité, surtout depuis que tant de faits ont démontré la coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec cette maladie. Hé quoi! on oserait refuser le titre de phlegmasie à une maladie qui, portée à son plus haut degré, est caractérisée, sous le point de vue de ses symptômes locaux, par la douleur, la chaleur, la tuméfaction, la rougeur, et sous le point de vue de l'état général, par une fièvre des plus violentes qui se puissent rencontrer; à une maladie qui, dans des cas malheureux où elle s'est terminée par la mort, a été accompagnée de suppuration dans les articulations; à une maladie qui se dé-

veloppe sous les mêmes conditions atmosphériques que les autres inflammations les plus franches, telles que l'angine, la bronchite, la pleurésie, la pneumonie, la péricardite, etc. (1); à une maladie qui, comme nous allons bientôt le voir, cède, ainsi que ces dernières, à la grande méthode des émissions sanguines bien appliquée, et qui est rebelle à toutes les autres métho-

(1) Encore une fois, il n'est aucun véritable observateur qui puisse soutenir aujourd'hui que les causes du rhumatisme articulaire aigu sont tout-à-fait inconnues. Quoi! les grandes et brusques alternatives de chaud et de froid, surtout à la suite de pénibles exercices musculaires, seraient étrangères au développement du rhumatisme articulaire aigu! Répondre par l'affirmative, c'est nier la *lumière* et le *mouvement*. Au reste, en admettant qu'en effet les causes du rhumatisme articulaire aigu sont entièrement inconnues, les médecins que nous réfutons assimilent cette affection à la pneumonie, à la pleurésie, à la péricardite; car ils professent que les causes de ces maladies sont également ignorées, bien que les vicissitudes atmosphériques indiquées ci-dessus exercent sur leur développement comme sur celui du rhumatisme articulaire aigu, la plus évidente comme la plus fatale influence.

La doctrine étiologique que nous exposons à l'égard du rhumatisme articulaire, de la pneumonie, de la pleurésie, etc., est tout-à-fait conforme à celle de Syhenham. En effet, voici comment s'exprime cet oracle de l'observation, à propos des causes des maladies qu'il désigne sous le nom de fièvres intercurrentes, telles que la *pleurésie*, la *péripneumonie*, l'*angine*, etc.

« Causa evidens EXTERNA (horum morborum) inde petenda » est, quòd quis scilicet vel præmaturiùs vestes abjecerit; vel » ab exercitio incalescens se frigori incautiùs exposuerit... et

des (1); à une maladie enfin dans laquelle le sang que l'on retire aux individus qui en sont affectés, offre le *type* de la couenne inflammatoire!

Il est très vrai que l'on voit assez souvent le rhumatisme articulaire passer rapidement d'une articulation à une autre, revenir dans l'articulation qu'il avait abandonnée, la quitter encore pour une autre. Ce caractère de mobilité, de *déambulation*, du rhumatisme articulaire, justement signalé par tous les observateurs, constitue-t-il donc une particularité inconciliable avec la nature inflammatoire que nous lui reconnaissons? S'il en est ainsi, il nous faut rayer aussi de la liste des phlegmasies certains érysipèles, certaines angines, certains catarrhes, tou-

» sanè existimo plures modo jam designato, quàm PESTE, GLA» DIO, atque FAME simul omnibus, PERIRE. » (Op. cit., pag. 160.)

(1) Voilà encore, je le sais, une proposition *mal sonnante* et *sentant l'hérésie* pour les médecins que nous combattons. Ils enseignent, en effet, que les émissions sanguines n'arrêtent point le rhumatisme articulaire aigu dans son cours, n'en abrègent pas sensiblement la durée, ne le *guérissent* pas, en un mot. Je conviens, de très bonne grâce, que les émissions sanguines, pratiquées d'une certaine façon, sont aussi impuissantes qu'on le déclare; mais ce que j'affirme, sur la foi de l'expérience la plus concluante, c'est que les émissions sanguines coup sur coup, telles que nous les pratiquons, guérissent le rhumatisme articulaire aigu, la pleurésie, la pneumonie, etc. J'en appelle, à cet égard, aux dépositions consciencieuses des nombreux témoins de notre pratique!

tes maladies qui, à un très léger degré, peuvent disparaître dans l'espace de vingt-quatre heures, et même moins.

Il y a, d'ailleurs, pour le déplacement et la disparition brusque du rhumatisme articulaire, des conditions particulières dont il importe de tenir compte, et dont les principales sont les suivantes : 1° le peu d'intensité de la maladie, et sa dissémination sur plusieurs articulations dès son début, circonstances qui sont, jusqu'à un certain point, corrélatives, car il semble que cette maladie perde en profondeur ce qu'elle gagne en étendue; 2° l'influence de la cause extérieure qui a produit le rhumatisme primitif, agissant sur une partie jusque là respectée, et dans ce cas, ce n'est pas, comme on le dit, le rhumatisme d'une articulation malade qui se porte sur celle qui était saine; mais celle-ci s'étant fortement prise, l'autre s'est dégagée plus ou moins, conformément à la grande loi d'Hippocrate : *duobus laboribus simul obortis non in eodem loco, vehementior obscurat alterum;* 3° enfin, la diathèse rhumatismale générale que produit nécessairement un refroidissement général, succédant à une chaleur accompagnée de transpiration plus ou moins abondante, bien que cette cause n'ait déterminé d'abord, et en quelque sorte d'emblée, une fluxion inflammatoire que sur quelques articulations.

Je me sers à dessein du mot fluxion inflammatoire pour rapprocher la nuance ou le degré de rhumatisme que nous étudions ici, de ces fluxions de la face, qui accompagnent quelquefois le mal de dent ou la carie dentaire. Dira-t-on que ces dernières ne sont pas inflammatoires, parce qu'on les voit se dissiper très rapidement, aussitôt que la douleur atroce qui constitue le symptôme prédominant de cette carie a disparu? Pour réduire à sa juste valeur une telle dénégation, il suffit de faire remarquer que dans les cas où cette fluxion est portée à un très haut degré, on la voit se terminer par un véritable abcès. Gardons-nous bien, on ne saurait trop le répéter, de prendre des différences dans l'intensité d'une seule et même maladie, pour des différences dans sa nature ou son essence.

J'ai dit plus haut que la connaissance du grand fait de la coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu, déposait en faveur de sa nature inflammatoire. En effet, qu'est-ce autre chose que la péricardite et l'endocardite, sinon un véritable rhumatisme du tissu séro-fibreux du cœur? et par contre, qu'est-ce que le rhumatisme articulaire aigu, sinon une inflammation, et pour ainsi dire une endocardite ou une péricardite du tissu séro-fibreux des articulations?

On insiste et on dit : Mais nous connaissons l'inflammation des articulations par cause externe, ou l'arthrite *traumatique*, *chirurgicale*, et elle ne se comporte pas à la manière du rhumatisme articulaire aigu ; donc celui-ci n'est pas une arthrite. En vérité, de pareilles objections ne méritent guère l'honneur d'une réfutation.

Vous dites que vous connaissez l'arthrite *traumatique* ou *chirurgicale*, et qu'elle ne se comporte pas comme le rhumatisme ; il aurait bien mieux valu dire, ce me semble, que vous connaissez l'arthrite non *traumatique*, *médicale*, et qu'elle ne ressemble point à l'affection appelée rhumatisme articulaire aigu. Nous disons, nous, que le rhumatisme articulaire aigu ressemble si bien à l'arthrite *médicale* ou produite par une cause non *traumatique*, qu'il est impossible de citer un seul cas de cette dernière si on ne la confond pas avec le rhumatisme articulaire aigu. Or, de toutes les membranes séreuses, les synoviales seraient-elles donc les seules qui n'auraient jamais leur inflammation *médicale* ou de cause *interne* ?

Quoi ! parce que la pleurésie, la pneumonie, la péricardite, qui se développent sous l'empire des mêmes causes que le rhumatisme articulaire aigu, ne se comportent pas non plus absolument comme la péricardite, la pleurésie, la pneumo-

nie traumatiques, on irait en conclure que les premières ne sont pas des inflammations ! Sans doute, l'espèce de cause qui produit une phlegmasie lui imprime un cachet particulier, une forme, une marche, qui n'appartiennent pas aux autres phlegmasies déterminées par des causes différentes, et il faut prendre en sérieuse considération ces particularités; mais cela n'empêche pas que le fond ne reste essentiellement le même, que le type inflammatoire ne soit, dans tous les cas, évident à des esprits vraiment observateurs! Voudrait-on, par exemple, qu'un individu pris tout-à-coup, à la suite d'une alternative de chaud et de froid, d'un rhumatisme articulaire sur-aigu et éparpillé sur un grand nombre de points différens, éprouvât absolument le même appareil symptomatique qu'un individu affecté d'une inflammation d'une seule articulation produite par un coup, une chute, une cause dite *locale* quelconque? Certes, il est impossible à tout médecin doué du simple sens commun médical, de soutenir une pareille hérésie. Toute cause qui saisit à la fois plusieurs points de l'économie, qui s'étale et se généralise, peut, en même temps qu'elle fait éclater dans certains points une véritable inflammation, n'exercer ailleurs son influence qu'au degré d'une simple excitation, et mettre en jeu cette *diathèse générale* qui, sans être une inflam-

mation bien caractérisée, n'en est pas moins un état qui tend réellement à passer à l'inflammation, et, pour ainsi dire, une inflammation à l'état naissant ou rudimentaire. Le système sanguin est certainement le siége ordinaire de cette diathèse inflammatoire générale qui, comme je crois l'avoir prouvé ailleurs, se confond avec l'état fébrile. Il semble que les nouveaux faits que nous avons recueillis sur le rhumatisme articulaire aigu, soient venus tout exprès pour appuyer la doctrine que nous rappelons ici. En effet, dans quel cas observe-t-on une fièvre dite inflammatoire, une *synoque* plus violente et mieux caractérisée que dans le rhumatisme articulaire suraigu, fièvre qui continue assez souvent à un haut degré, après la cessation de l'inflammation des articulations? Or, n'est-ce pas une chose bien digne de toute l'attention des vrais observateurs, que cette endocardite, cette phlébite et parfois cette artérite, qui se rencontrent chez les individus atteints du rhumatisme articulaire aigu?

Quoi qu'il en soit, il est évident que les phlegmasies multipliées des articulations produites par la cause *rhumatismale*, doivent être moins profondes que l'inflammation traumatique d'une seule de ces articulations; qu'elles doivent par conséquent moins adhérer aux parties qu'elles affectent, se déplacer plus facilement, se repro-

duire aussi sous l'influence renouvelée de la cause, comme l'arthrite traumatique renaîtrait elle-même si une nouvelle cause agissait avec la puissance voulue ; mais avec cette différence que, dans ce dernier cas, il n'existe pas la diathèse inflammatoire générale qui favorise le développement d'une inflammation locale dans les points sur lesquels une cause *irritante* quelconque peut agir. Ajoutons que, d'ailleurs, ces arthrites traumatiques ne coïncident pas, comme les violentes arthrites rhumatismales, avec une péricardite, une endocardite aiguë, et que la connaissance de cette dernière circonstance nous donne réellement la clef de plusieurs phénomènes qui jusque là avaient dû singulièrement embarrasser les observateurs. De telle sorte, par exemple, que cette fièvre rhumatismale ou arthritique, encore présente lorsque le rhumatisme lui-même est absent, sur laquelle quelques uns faisaient reposer leur théorie de l'essence non inflammatoire de cette maladie, est précisément une des preuves les plus décisives en faveur de la théorie contraire. En effet, la cause qui l'entretient (cette fièvre) est ordinairement une inflammation de l'endocarde ou du péricarde, inflammation qui, je le répète, n'est elle-même qu'un rhumatisme de ces tissus séro-fibreux.

Ainsi donc, les particularités que présente le rhumatisme articulaire aigu dans son cours

n'empêchent pas qu'il ne doive être rangé dans la classe des phlegmasies. C'est ce qu'avait très bien vu mon savant confrère et ami, M. le docteur Roche, dans son bel article *Arthrite* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* Mais voici comment il distingue entre elles l'arthrite *traumatique* et l'arthrite *rhumatismale*: « On ne saurait douter, dit-il, que l'arthrite » traumatique consiste dans *l'inflammation* pure » et simple des tissus fibreux et séreux qui con» courent à former l'articulation, et l'on con» çoit que cette inflammation doive rester locale » comme sa cause, qu'elle soit fixe, continue, » régulière et non sujette à récidiver. Il nous pa» raît certain que dans le rhumatisme, outre » *l'inflammation* articulaire, il existe une *alté-* » *ration* du sang qui tient même en partie celle-» ci sous sa dépendance. »

Quelle est donc cette altération du sang surajoutée à l'inflammation articulaire, qui tient même en partie celle-ci sous sa dépendance, et qui caractérise spécialement le rhumatisme articulaire? Je regrette que M. Roche ne se soit pas plus amplement expliqué là-dessus; si, à l'époque où cet excellent esprit a rédigé son article, la péricardite et l'endocardite rhumatismales eussent été connues comme elles le sont aujourd'hui, aurait-il placé uniquement dans une altération

du sang qu'il ne *spécifie* pas, le caractère pathognomonique du rhumatisme articulaire aigu?

Ce n'est pas que je nie l'altération du sang dans le rhumatisme articulaire aigu. J'ai fait, pour ma part, de nombreuses recherches qui démontrent, au contraire, qu'il n'est aucune autre maladie franchement inflammatoire, pas même la pneumonie, dans laquelle on observe une plus belle couenne inflammatoire, un caillot plus ferme, plus résistant, plus glutineux (1). Mais il faut néanmoins reconnaître que ce n'est pas là un caractère qui distingue le rhumatisme articulaire aigu des autres phlegmasies aiguës franches, avec forte réaction fébrile, puisque, au contraire, ce caractère leur est commun à toutes. Il m'a semblé que si le caillot était si ferme et si glutineux, la couenne inflammatoire si épaisse, si dense, si résistante, si bien organisée en fausse membrane, c'est que la fièvre rhumatismale est, par excellence, la fièvre dite inflammatoire; que cette fièvre inflammatoire est, en partie du moins, le résultat d'une véritable phlegmasie de la membrane interne du système vasculaire en général, et de l'endocarde en particulier, et que

(1) Je reviendrai sur cet état du sang dans un article où je me propose de faire connaître ce que nos observations nous ont appris sur l'état physique de ce liquide dans les diverses maladies.

cette inflammation donne lieu à une sécrétion pseudo-membraneuse qui concourt à la formation de la couenne (1).

Jusqu'à ce jour, on s'était borné à constater la couenne inflammatoire dans le sang fourni par la saignée générale. Ainsi que je l'ai déjà dit précédemment, nous avons trouvé aussi la couenne sur les caillots fournis par les saignées pratiquées autour des articulations au moyen des ventouses (2). Nous avons actuellement sous les yeux un individu pâle, anémique, rhumatisant depuis cinq à six ans, qui, depuis une quinzaine de jours, offre un rhumatisme subaigu de plusieurs des articulations des membres inférieurs, et spécialement du genou droit. Comme il n'existe presque point de réaction fébrile, que le cœur est intact, je n'ai pas cru pouvoir, vu l'état d'appauvrisse-

(1) L'inflammation de la membrane interne du système sanguin peut, par un autre mécanisme que je ne connais pas, disposer le sang à présenter la couenne inflammatoire, et on donnera, si l'on veut, le nom d'*hémite* à cette altération du sang. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'altération dont il s'agit est le produit d'un violent appareil fébrile, sans complication de l'état typhoïde ou putride, et que cet appareil fébrile, ainsi que je l'ai dit dans le *Traité des fièvres* et ailleurs, a son siége réel dans le système vasculaire et le sang qui y circule.

(2) J'ai constaté la même particularité dans d'autres phlegmasies, et notamment dans l'érysipèle et la pleurésie.

ment de la masse sanguine, faire pratiquer de saignée générale; mais des ventouses ont été appliquées deux jours de suite sur l'articulation malade, et, chose digne de remarque, malgré cet état d'appauvrissement du sang, elles ont fourni des rondelles fermes, glutineuses, recouvertes d'une couenne grisâtre, résistante.

Si tout ce que nous venons de voir ne suffisait pas pour démontrer clairement, j'ai presque dit mathématiquement, la nature inflammatoire du rhumatisme articulaire aigu, je pourrais encore présenter un nouvel argument d'une grande valeur, et que voici : s'il est vrai que le rhumatisme articulaire aigu constitue bien une inflammation, il devra, dans le cas où il se *fixe* sur une articulation pendant plusieurs mois, quand il passe à l'état chronique enfin, amener dans cette articulation les mêmes désordres qu'y produirait une inflammation non contestée. Or, c'est là précisément ce qui arrive. Qu'on dissèque les articulations frappées d'une tumeur *blanche rhumatismale*, et l'on verra si réellement les altérations qui la constituent ne sont pas semblables à celles qui caractérisent la tumeur blanche par cause traumatique, si elles ne dénotent pas l'existence d'un état inflammatoire antérieur. J'ai eu, pendant mon internat à l'hôpital Saint-Louis, d'assez fréquentes

occasions de m'assurer de la vérité de ce que je viens d'avancer.

C'est ici le cas de rapprocher, d'ailleurs, les altérations que la péricardite et l'endocardite rhumatismales chroniques entraînent à leur suite, de celles que l'arthrite rhumatismale chronique détermine de son côté. Eh bien ! à part les différences qui tiennent à l'organisation diverse du cœur et des articulations, ces altérations sont essentiellement les mêmes. Dans les deux cas, en effet, des adhérences, des solutions de continuité, des épaississemens purement hypertrophiques ou avec transformation des tissus, voilà ce qu'on rencontre.

Le rhumatisme articulaire aigu, ainsi que nous l'avons vu, peut, selon ses degrés d'intensité, tantôt affecter la forme purement *fluxionnaire*, et tantôt revêtir la forme *suppuratoire*. Or, sous ce nouveau point de vue, il se rallie encore à une foule d'autres maladies dont aucun médecin ne nie la nature inflammatoire.

Voyez l'ophthalmie et le coryza : dans le premier degré, la première nuance, le premier *ton* de la phlegmasie, flux séreux, avec rougeur et congestion sanguine modérée ; dans un degré très élevé, ophthalmie et coryza avec sécrétion *puriforme*.

Voyez la stomatite : premier degré, flux abon-

dant de salive et de mucus séreux, ptyalisme; degré élevé, sécrétion pseudo-membraneuse, aphthes, etc.

Étudiez le catarrhe bronchique : comparez l'expectoration du premier degré avec celle d'un degré beaucoup plus élevé, et vous verrez la même différence.

Étudiez le catarrhe intestinal, connu sous le nom de dysenterie ou flux de sang : premier degré, hypercrinie séreuse; degré très élevé, sécrétion glaireuse ensanglantée, puriforme, et même pseudo-membraneuse quelquefois; tendance à l'ulcération, etc.

Examinez la blennorrhagie : premier degré, flux séreux; degré plus élevé, flux purulent.

Voulez-vous des rapprochemens plus *naturels* encore, s'il est possible? Voyez l'inflammation de l'arachnoïde, membrane qui, comme les synoviales, se déploie par une de ses portions sur un tissu fibreux : degré léger (fièvre cérébrale, hydrocéphale aiguë), épanchement séreux; degré plus élevé, épanchement purulent ou pseudo-membraneux, etc.

Voyez les inflammations phlegmoneuses et parenchymateuses elles-mêmes, elles vous présenteront de semblables particularités. Ouvrez, par exemple, un phlegmon naissant, à l'état de crudité, vous trouverez le tissu cellulaire infiltré d'une

sérosité un peu épaisse, d'une lymphe gélatiniforme; ouvrez ce même phlegmon bien formé, à l'état de *maturité*, c'est du pus que vous rencontrerez.

Ainsi, de bonne foi, aucun observateur ne saurait contester qu'une seule et même maladie ne puisse affecter une foule de formes différentes, sans cesser pour cela de conserver son essence ou sa nature propre. Il est si vrai que les produits sécrétés se modifient selon le degré de la *phlogose*, de *l'irritation*, de *l'inflammation*, que les phlegmasies diverses dont nous venons de parler, lorsqu'elles se terminent par une résolution graduée, finissent en quelque sorte comme elles avaient commencé, c'est-à-dire qu'un simple flux séreux succède à la suppuration, qui elle-même avait été précédée de flux séreux ou de simple sur-sécrétion (hypercrinie de M. Andral). On sait même que les phlegmasies peuvent se prolonger indéfiniment sous cette dernière forme, ce qui constitue les catarrhes et les flux séreux des anciens.

Pourquoi les métamorphoses par lesquelles passent successivement les diverses phlegmasies ci-dessus notées, ne se remarqueraient-elles pas dans le rhumatisme articulaire, et si ces métamorphoses n'empêchent pas que le *fond* des premières ne soit inflammatoire, pourquoi n'en se-

rait-il pas de même pour le dernier? Ajoutons que si la forme fluxionnaire, *hypercrinique*, du rhumatisme, est susceptible d'une disparition rapide, il en est de même de la forme correspondante de la plupart des autres phlegmâsies. Toutefois, il faut reconnaître qu'en raison des différences d'organisation, tout étant égal d'ailleurs, la mobilité n'est pas la même pour toutes les phlogoses, quel que soit leur siége.

Avouons-le donc franchement, sous quelque point de vue qu'on étudie, avec attention, la maladie dite rhumatisme articulaire aigu, elle appartient par sa nature à la grande classe des phlegmasies; elle en constitue même l'une des plus importantes espèces, en raison de la dissémination des tissus qu'elle affecte spécialement, tissus qui ne sont point exclusivement propres aux articulations, mais qui se rencontrent, au contraire, dans d'autres parties extérieures et intérieures: de là ces inflammations internes qui coïncident avec celle des articulations, et dont la connaissance a jeté un jour nouveau et inattendu sur les phénomènes du rhumatisme articulaire aigu.

§ II.

Voyons maintenant si l'opinion que nous ve-

nons de développer est bien conforme à celle de deux médecins dont les travaux ont le plus illustré le XVIIe et le XVIIIe siècle, je veux dire Sydenham et Stoll.

Quant au premier de ces deux immortels observateurs, il ne balance point à reconnaître au rhumatisme une nature inflammatoire, et il recommande, en conséquence, de lui appliquer libéralement la méthode des émissions sanguines. Voici, d'ailleurs, en quels termes il fait sa profession de foi à cet égard. Après avoir décrit deux espèces de rhumatisme, savoir le rhumatisme articulaire aigu proprement dit, et le lumbago rhumatismal (*lumbago rheumatica*), il dit : *Cum utraque hæc morbi species ab inflammatione videatur oriri, quod tum jam dicta arguunt phænomena, tum præsertim sanguinis venæ-sectione educti color, utpote qui pleuriticorum sanguini tam est similis, quam ovum ovo, neque quisquam reperiatur, qui hos inflammatione laborare vel quidem dubitaverit; his, inquam, ita se habentibus, censeo ego, curationem non aliunde quam à phlebotomiâ debere sumi...* (De rheumatismo.)

La théorie de Stoll, moins simple que celle de Sydenham, ne paraît pas, au premier abord, rentrer aussi complètement dans celle que nous

avons soutenue (1). En effet, le célèbre praticien de Vienne n'hésite point à considérer comme inflammatoire un certain *rhumatisme;* mais il en est *un autre* auquel il semble refuser le *processus inflammatoire.* Entrons dans quelques détails à ce sujet. Si l'on doit professer une grande admiration pour le génie observateur de Stoll en général, il n'en est pas moins vrai que son système sur les différentes espèces d'une seule et même maladie pèche en beaucoup d'endroits, et se trouve souvent en opposition avec les faits les mieux constatés. Au reste, il n'est pas indifférent de noter que, sous *son point de vue théorique*, Stoll se trouve parfois en contradiction avec lui-même.

Quand on lit et qu'on médite attentivement les nombreux endroits dans lesquels Stoll s'est occupé du rhumatisme, et qu'on s'attache à l'*esprit* plutôt qu'à la *lettre* de ce qu'il écrit, on ne tarde pas à se convaincre que les différences qu'il admet dans le rhumatisme reposent plus sur les causes et le siége que sur la nature même de la maladie.

C'est ainsi que le rhumatisme qu'il appelle *bilieux*, *gastrique* ou *saburral*, ne diffère point du rhumatisme qu'il appelle *inflammatoire*, sous le rapport des symptômes et de ce qui

(1) Voy. *Médecine pratique de Maximil. Stoll*, traduite par P.-A.-O. Mahon, Paris, an IX.

se passe dans les parties malades, mais bien sous le point de vue étiologique, le premier *seul* étant d'origine gastrique, bilieuse, c'est-à-dire « produit par une matière ACRE et bi- » lieuse, résorbée en grande partie de l'estomac, » et portée à la superficie du corps, où elle se » fixe sur les orifices des vaisseaux exhalans » qu'elle IRRITAIT. » On voit, par les expressions mêmes de Stoll, telles que nous les avons soulignées, que le rhumatisme *bilieux* lui-même était bien, selon lui, une *irritation*, mais une irritation qui, au lieu d'être produite par un refroidissement subit, l'était par le transport sur les parties malades d'une *impureté gastrique*, d'une *bile âcre, irritante*, etc.

Ainsi donc, il ne s'agit réellement ici que d'une question d'étiologie, et pourvu que l'on accorde à Stoll ce qu'il dit de sa chère *polycholie* dans le développement du rhumatisme articulaire aigu, de la *fièvre rhumatismale*, de son côté, il ne niera pas que le mal articulaire ne constitue une inflammation (1).

(1) Il vous fera d'autant plus volontiers cette concession, qu'il dit positivement, en parlant des rhumatismes gastriques de mars 1777, que le sang était inflammatoire, que tel était aussi le caractère des maladies jusque là régnantes, ce qui, d'abord, lui avait fait prendre les rhumatismes pour inflammatoires.

Stoll ne sépare point le rhumatisme articulaire du rhuma-

Ainsi réduite à ses véritables termes, la question de la *nature diverse* du rhumatisme mérite bien qu'on l'examine sérieusement, avec maturité, dans un esprit dégagé de toute prévention systématique, libre de tout préjugé d'école. En effet, tout en admettant que dans le rhumatisme bilieux ou gastrique, la maladie locale soit bien de nature inflammatoire, il est évident que, conformément à ce principe : pour détruire l'effet, il faut s'attaquer à la cause (*sublatâ causâ tollitur effectus*), dans cette espèce de rhumatisme, la première indication qui se présente, c'est de faire vomir, et l'on sait si Stoll fut fidèle à ce principe. Reste donc à savoir si réellement le rhumatisme procède quelquefois de la *bile* et de l'*estomac*, comme nous l'enseigne Stoll, ou si, au contraire, dans les cas mêmes où l'appareil bilieux existe chez les individus rhumatisans, il ne constitue pas une complication, une coïncidence, plutôt qu'une *cause* du rhumatisme. Rien ne semble plus facile, au premier abord, que de dégager l'inconnue du problème qui nous

tisme dit musculaire : il *se garde bien surtout de dire que le froid produit l'un et qu'il ne produit pas l'autre.* Et comment, en effet, aurait-il pu commettre cette dernière erreur, lui qui cite des cas dans lesquels, sous l'influence du froid, il a vu survenir à la fois, chez le même individu, les deux espèces de rhumatisme dont il s'agit ?

occupe : *Faites vomir le malade*, dira-t-on ; *s'il guérit, c'est bien au rhumatisme d'origine bilieuse que vous aurez eu affaire ; si les évacuans ne réussissent pas, telle n'aura point été, au contraire, l'origine du rhumatisme.* C'est là précisément le procédé d'*élimination* suivi par Stoll, et il déclare souvent n'avoir pu résoudre le problème que de cette manière. Cependant, que de choses à dire contre la logique de Stoll ! En effet, de ce que les évacuans auront guéri un rhumatisme, peut-on en conclure rigoureusement que de la *bile âcre*, *résorbée* de l'estomac, avait produit ce rhumatisme ? N'est-ce donc qu'en s'opposant à cette hypothétique résorption que les évacuans peuvent être utiles ? Est-il bien démontré que la guérison obtenue à la *suite* des évacuans en était l'*effet* (*post hoc*, *ergò propter hoc*), et les mêmes rhumatismes que Stoll *guérissait* avec l'émétique, d'autres praticiens ne les *guérissaient-ils pas* sans avoir recours à ce moyen ? N'est-il donc pas d'autres inflammations, telles que la pleurésie, la pneumonie, que l'on *a cru* avoir guéries par les émétiques, bien que, assurément, elle ne se fussent pas développées par le mécanisme de Stoll, savoir : la résorption d'une matière âcre contenue dans l'estomac, etc., etc. ?

Mais en voilà trop sur cette question. Qu'il nous suffise de savoir que, même en adop-

tant les idées de Stoll sur les *rhumatismes d'origine gastrique*, il ne s'ensuit nullement, du propre aveu de cet illustre praticien, que le *rhumatisme articulaire aigu* ne constitue pas une inflammation. De ce qu'une inflammation produite par une épine réclame pour première opération thérapeutique l'extraction du corps étranger, de *la matière âcre,* si l'on peut ainsi dire, qui l'a produite, faudrait-il en conclure que cette *inflammation n'est pas une inflammation?* Que, pour guérir le rhumatisme articulaire aigu prétendu *bilieux*, il soit nécessaire d'extraire la matière *âcre de l'estomac,* d'arracher en quelque sorte l'*épine bilieuse,* le *corps étranger saburral,* à la bonne heure; mais puisque, à part la cause, ce rhumatisme ressemble à celui que vous appelez inflammatoire, vous ne pouvez, en saine logique, et mieux encore, en saine observation, lui refuser la même nature.

Au reste, Stoll nie si peu le génie inflammatoire du rhumatisme, qu'il donne à cet état morbide le nom d'*inflammation rhumatismale.* Il est bien vrai qu'il ajoute que l'*inflammation rhumatismale ne lui a pas paru être la même que celle que l'on peut appeler la vraie inflammation.* Mais, malheureusement, ainsi que j'en ai déjà fait précédemment la remarque, vous chercheriez vainement dans cet auteur la définition de ce qu'il appelle une *inflammation vraie.* Il y a bien plus:

c'est que, dans le cours de son ouvrage, il n'a donné réellement aucun exemple de cette inflammation vraie. Retranchez, en effet, des maladies inflammatoires qu'il a décrites, l'inflammation *rhumatismale*, l'inflammation *bilieuse*, l'inflammation *septique*, et que vous restera-t-il? Rien, absolument rien. Je me trompe: dans sa belle dissertation sur la dysenterie, Stoll parle bien de la *vraie* dysenterie; mais savez-vous quelle est cette dysenterie *vraie*? C'est précisément ce qu'il désigne sous le nom de *rhumatisme intestinal*, de *catarrhe des intestins*, de *coryza ventral* (1).

Que l'on parcoure le parallèle établi par Stoll, entre l'inflammation *rhumatismale* et l'inflammation dite *vraie*, et l'on verra que si l'une n'est pas la même que l'autre, c'est que Stoll a pu prendre, osons le dire, a réellement pris quelquefois de simples névralgies pour des inflammations de membranes séreuses, une pleurodynie, par exemple, pour une pleurésie, et qu'il n'a pas assez tenu compte des différences qu'apportent les complications, la dissémination, l'éparpillement de l'inflammation ou sa

(1) Et pourtant Stoll distingue plus loin la dysenterie *inflammatoire* de la *rhumatismale*. Or, qu'entend-il ici par dysenterie inflammatoire? *Le rhumatisme des intestins compliqué avec une fièvre inflammatoire.* Stoll ajoute qu'*il ne peut concevoir une dysenterie sans rhumatisme des intestins.*

concentration, etc. On verra aussi que certaines différences qu'il établit là sont en contradiction avec d'autres passages de son ouvrage : par exemple, il dit, dans ce parallèle, que l'*inflammation* rhumatismale n'observe point les lois de la coction, *ni celles des crises;* et en traitant des pleurésies rhumatismales, il fait remarquer qu'elles se *jugeaient par les sueurs.*

Qui croirait également qu'un aussi grand observateur que Stoll ait pu proclamer que la *vraie* inflammation se termine ordinairement en *peu* de jours, quel qu'en soit le résultat, tandis que le rhumatisme se prolonge souvent pendant plusieurs semaines, et rarement se termine en peu de temps, lorsqu'il est abandonné à la nature! Comme si les inflammations avec vaste suppuration (et on ne leur contestera pas le nom de vraies!) se terminaient en peu de jours! comme si la cause de la prolongation de la *fièvre rhumatismale* ne résidait pas dans une inflammation quelconque! Non, Stoll ne se serait pas ainsi exprimé, s'il avait su dans quel état se trouvaient la plèvre, le péricarde, l'endocarde, etc., chez les sujets atteints de cette *fièvre rhumatismale rebelle*, éternelle, de nos jours même si mal interprétée par certains *classiques.*

En somme, toutes les distinctions de Stoll concernant l'inflammation, quand elles sont bien

étudiées, bien pesées, dégagées de toute subtilité et de toute hypothèse, se réduisent à ceci, qui ne sera contesté de personne, savoir : que l'inflammation présente des différences relatives à son degré, à son siége, à ses causes. Mais quant à l'inflammation étudiée en soi, elle ne saurait être considérée comme pouvant offrir plusieurs *natures*, attendu que de deux états morbides de nature essentiellement différente, qu'on désignerait sous le nom d'inflammation, il y en aurait nécessairement un qui ne serait pas une inflammation. Évidemment, une chose, quelle qu'elle soit, ne peut changer de *nature* sans cesser d'être elle-même.

CHAPITRE VI.

DU TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU PAR LES ÉMISSIONS SANGUINES COUP SUR COUP. — DES RÉSULTATS DE CETTE FORMULE.

Proposer un *médicament spécifique*, tel que le colchique ou tout autre, contre le rhumatisme articulaire aigu, ce n'est pas faire preuve d'idées justes sur la nature de cette maladie. Autant vaudrait proposer un médicament *spécifique* pour la pneumonie, un autre pour la pleurésie, un autre pour la péricardite, etc.

Le véritable spécifique du rhumatisme articulaire aigu, *son quinquina*, si l'on peut ainsi parler, c'est la médication dite antiphlogistique, et le prince des antiphlogistiques, c'est la saignée. Au reste, depuis Sydenham, cette méthode a été presque généralement adoptée (1).

(1) Je ne prétends pas qu'on ne puisse guérir le rhumatisme articulaire aigu autrement que par les émissions sanguines; ce serait prétendre que la *nature* seule ne guérit pas quelquefois cette maladie comme d'autres. Ce que j'affirme, c'est que, dans des cas légers, nous avons essayé quelques moyens autres que les émissions sanguines sans succès, et les émissions sanguines elles-mêmes ne sont pleinement efficaces qu'autant qu'elles sont faites comme il sera dit plus loin.

Mais il ne suffit pas de savoir qu'il est utile de saigner dans une maladie : il faut déterminer, dans un cas donné, quelle quantité de sang il convient d'enlever ; en combien de fois il est le plus avantageux de le faire ; quel intervalle on doit mettre entre les saignées, quand celles-ci doivent être répétées ; si les émissions sanguines générales sont préférables aux locales, et réciproquement, ou s'il ne vaut pas mieux les combiner, et dans quelle proportion. Voilà ce que j'appellerai, si l'on veut, *doser, formuler les émissions sanguines.*

C'est par les modifications que nous avons fait subir aux méthodes précédemment employées, que nous sommes parvenu à obtenir des résultats bien différens de ceux jusqu'ici connus, soit dans le traitement des phlegmasies aiguës en général, soit dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu en particulier, cette maladie *si rebelle*, dit-on, *aux émissions sanguines.*

Avant de faire connaître la formule que nous proposons pour cette dernière phlegmasie, nous croyons devoir indiquer celle de Sydenham et celle que M. le docteur Roche a conseillée dans son article *Arthrite* rhumatismale, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* La formule vulgairement usitée par la plupart des praticiens modernes ne diffère de celle de

M. Roche qu'en ce que les émissions sanguines y sont, en général, plus modérées.

§ Ier.

Voici la formule de Sydenham :

.... « Ut primùm accersor, statim sanguinis ℥x « è brachio LATERIS AFFECTI (1) mitti jubeo....

» Die sequenti, sanguinis tantumdem detrahi » præcipio; atque intercalato die uno alterove, » pro ægri viribus, tertiò; dein, interjecto trium » quatuorve dierum intervallo (prout ægri vires, » ætas, constitutio, aliæque circumstantiæ sua- » dent monentque), quartò, atque ultimo ut » plurimum, venæ-sectionem repeto; raròenim » usu venit, ut ultrà quartam vicem venam in- » cidamus, nisi vel regimen justò calidius præ- » cesserit, vel medicamina calidiora ægro præter » necessitatem fuerint ingesta. »

Ces moyens étaient secondés par l'usage des juleps simples ou d'une émulsion, des cataplasmes, des boissons rafraîchissantes, des lavemens et

(1) La précaution que prend ici Sydenham de faire saigner du bras du côté malade repose sur des idées un peu usées, et, si j'ose le dire, bien rouillées. D'ailleurs, à moins de faire saigner des deux bras à la fois, il serait difficile d'obéir au précepte de Sydenham, puisqu'un violent rhumatisme articulaire occupe presque toujours les deux côtés du corps à la fois, quoique souvent à un degré inégal.

de la diète. — Sydenham proscrivait les anodins ou *parégoriques*, et huit jours après la dernière saignée il ordonnait une potion cathartique *douce*.

Sydenham ne dit pas positivement quelle était la durée de la maladie sous l'influence de sa méthode; mais il est facile de voir qu'elle était assez longue, puisqu'il ne prescrivait guère la potion cathartique que vers le douzième ou quinzième jour après le commencement du traitement, et que rien ne prouve que la convalescence fût complète aussitôt après l'administration de celle-ci. Il fait remarquer qu'après les saignées, les douleurs seront considérablement diminuées, sans toutefois être complètement dissipées (1).

Au reste, on peut juger de la valeur de la méthode de Sydenham, et de l'influence qu'elle exerce sur la durée du rhumatisme articulaire

(1) Voici le résultatde la pratique de Sydenham, dans les cas où Stoll la suivit; « Je suivais quelquefois, dit Stoll, la pratique de Sydenham, mais la longueur du mal éluda souvent ce traitement » actif, etsouvent les forces se trouvaient plutôt abattues que » la maladie. Des malades restaient plusieurs semaines sans pou» voir se remuer...

» Quelquefois, à l'exemple d'autres médecins, je donnais en » grand lavage des diaphorétiques variés, et je tâchais ensuite, » par un régime chaud, de chasser la matière morbifique par » les vaisseaux situés à la superficie du corps; *mais le plus sou» vent la maladie résistait à tous mes efforts.* »

aigu, par les résultats que la plupart des médecins de nos jours obtiennent de l'emploi de la méthode ordinaire des émissions sanguines dans le traitement de cette maladie. Or, nous voyons que les plus distingués d'entre eux professent que si la maladie ne se joue pas entièrement de la méthode dont il s'agit, il est du moins certain que celle-ci n'en abrège pas notablement la durée, qui, terme moyen, est, disent-ils, de quarante à cinquante jours. Cette assertion repose sur la plus imposante masse de faits, et ce n'est pas moi qui m'en constituerai l'adversaire.

S'il fallait prendre à la lettre une assertion du célèbre successeur de Dehaën, Sydenham aurait abandonné sa méthode des émissions sanguines répétées dans le traitement du rhumatisme. Remontons à la source, et voyons si l'Hippocrate anglais s'est rendu coupable de cette sorte d'apostasie thérapeutique. Ce n'est pas dans un travail didactique sur le rhumatisme, mais dans une simple lettre à Robert Brady, son ami, qu'il faut aller chercher la prétendue palinodie de Sydenham. Il écrit donc que, désolé de ce qu'on était obligé de retirer une si grande masse de sang pour guérir le rhumatisme, il résolut *d'expérimenter* si l'on ne pourrait pas combattre cette maladie par une autre méthode, et il ajoute que, en effet, il a trouvé dans une *diète* simple, trè

rafraîchissante, et médiocrement nutritive, tel que l'usage du petit lait, le précieux secret de guérir le rhumatisme sans user des émissions sanguines répétées (1). Mais à l'appui de cette nouvelle méthode, il ne rapporte que le seul cas d'un pharmacien (*vir probus*, dit-il, *et ingenio non vulgari*), chez lequel elle fut employée avec quelque succès. Or, il faut savoir que le rhumatisme de ce pharmacien n'était rien moins qu'un rhumatisme articulaire aigu, et que, comme beaucoup d'autres *gens fort honnêtes et d'un esprit peu commun*, notre pharmacien était très sec, débile, et n'avait pas beaucoup de sang dans les veines: *cum debiliori esset et sicco corporis habitu, veritus ne minus*

(1) « In *rheumatismi* verò curatione sæpe numero mihi subiit » tecum dolere, quòd nonnisi ingenti sanguinis vi repetitis » venæ-sectionibus eductâ, ea possit perfici...... His de causis « experiri statui, an nulla alia methodus daretur à reiteratâ » toties phlebotomiâ diversa, quâ hic morbus possit debellari. » Seriò itaque perpendens, quòd affectus iste ab inflammatione » videatur oriri, quod tum cætera arguunt phænomena, tum » præsertim sanguinis è pertusâ venâ color, utpotè qui pleuri- » ticorum sanguini per omnia similis est; tandem vero simile » esse judicabam morbum hunc diætâ simplici, admodùm » refrigerante, et mediocriter nutriente, ægro imperatâ, æquè » feliciter atque repetitis venæ-sectionibus profligari posse; etiam » evitatis quæ alteri methodo adjungebantur incommodis: » neque me fefellit *diæta à sero lactis* phlebotomiæ loco sub- » stituta. »

firmas jamdiù vires et labescentes, dempto copiosiùs s anguini prorsus exsolverem, imperavi, ut solo LACTIS SERO *ad dies quatuor vesceretur æger*, etc.

Il n'est, je crois, personne qui n'approuve la conduite de Sydenham en pareil cas; mais conclure de ce fait que l'on peut guérir le rhumatisme articulaire bien aigu, sans faire autre chose qu'abreuver largement le patient de petit lait, ce serait tomber dans une insigne erreur. Toutefois, je pense, avec l'illustre médecin de Londres, que cette méthode vaudrait mieux encore que le *prompt et solennel étalage de médicamens dont on entoure*, dit-il, *les mourans, comme on couronne des bêtes avant de les immoler:* QUOD SANÈ MAGIS ÆGRIS PRODESSET, QUAM SOLENNIOR ILLA REMEDIORUM POMPA QUÆ IN JAM MORIBUNDIS, TANQUAM BESTIIS, UT MOX IMMOLENTUR, CORONATIS, MALÈ COLLOCATUR (1).

Après avoir ajouté que, n'était le préjugé du vulgaire, cette méthode pourrait être appliquée à d'autres maladies, dont il ne veut pas pour le moment dire le nom, et cité un exemple du succès qu'un médecin habile peut retirer des moyens

(1) On ne saurait trop applaudir non plus à cette autre réflexion de Sydenham, à propos de sa méthode : *Si quis hanc methodum tanquam rudiorem et artis laude carentem contempserit, sciat is velim, primò leviora tantùm ingenia res quaslibet vilipendere, quòd simplices fuerunt et apertæ, dein me, imminutæ existimationis prætio, publico hominum bono inservire paratissimum.*

les plus vils, en apparence, Sydenham revient à son rhumatisme, et en même temps à son traitement par les émissions sanguines, en professant qu'il ne serait pas sage de s'en tenir à la *diète lactée*, chez les personnes qui ont passé l'âge viril, ou chez celles qui sont adonnées depuis long-temps au vin et aux autres liqueurs spiritueuses. Il propose seulement un amendement à son ancienne formule ; il vaut mieux, dit-il, après la seconde ou la troisième saignée *au plus*, employer plus souvent et répéter les cathartiques jusqu'à ce que tous les symptômes aient pleinement cessé, que de confier à la phlébotomie tout le soin du traitement (1).

Certes, tout le monde conviendra, avec Sydenham, que c'est une chose fâcheuse que d'être obligé de retirer une grande quantité de sang pour guérir le rhumatisme. Mais c'est un sacrifice que commande la prudence, et nous osons affirmer que ceux-là seront réduits à donner long-temps du *petit-lait*, du *tamarin*, du *séné*, de la *rhubarbe* et de la *manne*, qui voudront s'en tenir à deux ou trois saignées, de dix onces au

(1) Plus loin (Op. medic., tom. I, pag. 499), Sydenham ormule de nouveau le traitement du rhumatisme, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Il établit que la saignée *doit être réitérée une quatrième fois, et même plus, s'il en est besoin* : QUATER VEL PLURIÈS, SI OPUS FUERIT. Quant au simple régime réfrigérant et au petit-lait, il n en parle que comme d'une méthode applicable à certains cas particuliers.

plus, dans le traitement d'un violent rhumatisme articulaire aigu, chez un jeune homme ou un adulte de force moyenne.

Parmi ceux qui seront ainsi traités, il s'en trouvera qu'une inflammation *rhumatismale* du péricarde, de l'endocarde, de la plèvre, etc., emportera, et d'autres qui, dirai-je plus heureux ou plus malheureux? succomberont plus tard à une *maladie organique du cœur.* En présence de tels dangers, dont l'expérience journalière ne constate que trop souvent la réalité, est-ce donc un si grand sacrifice que de payer de quelques livres de sang la presque certitude d'une guérison prompte, solide, complète? Sans doute, si, avec le temps, l'expérience, mère de toutes les découvertes, nous apprend une méthode aussi sûre et moins prodigue de sang, on devra s'empresser de l'adopter et la saluer comme un grand bienfait. Mais, ou je me trompe fort, ou le temps est encore bien éloigné de nous où l'on saura guérir *sûrement*, *solidement*, *complètement* (je ferai même grâce de l'adverbe *promptement*), ce terrible rhumatisme articulaire aigu, qui marche presque toujours accompagné d'une péricardite ou d'une endocardite, sans préjudice des autres complications.

§ II.

Formule de M. le docteur Roche.

Notre savant ami M. le docteur Roche s'est

justement constitué le défenseur de la saignée générale dans le traitement de l'*arthrite rhumatismale.* « Si quelques praticiens en ont contesté » les avantages, c'est, dit-il, qu'ils ne l'ont em» ployée ni avec assez de constance ni avec assez » d'énergie. »

Voici la formule que propose cet habile médecin : « Il ne faut pas hésiter à pratiquer une » copieuse saignée dès le début du rhumatisme » articulaire aigu, ni craindre d'y revenir trois, » quatre et cinq fois de suite *s'il est nécessaire*, » *soit en mettant deux jours d'intervalle entre* » *chaque saignée, comme le faisait Sydenham*, » *soit en la pratiquant toutes les vingt-quatre* » *heures, ce qui nous paraît préférable.* J'ai pra» tiqué, avec le plus grand succès, chez un indi» vidu très robuste, jusqu'à huit saignées de » seize à vingt onces dans l'espace d'une quin» zaine de jours. »

Il n'est point question des émissions sanguines locales dans la formule de M. le docteur Roche, non plus que dans celle de Sydenham. Assurément, si l'on était obligé d'opter entre l'emploi *exclusif* des émissions sanguines générales et celui des locales, il ne faudrait point balancer un instant à se décider en faveur du premier. Mais comme rien n'oblige à faire un pareil choix, il est bon, du moins dans la grande majorité des cas, de combiner dans de justes proportions ces

deux modes d'émissions sanguines, ainsi que nous le faisons dans la formule qu'il nous reste maintenant à exposer.

§ III.

Formule des émissions sanguines générales et locales coup sur coup. — Ses résultats.

I. Souvent témoin de l'interminable durée du rhumatisme articulaire aigu, je résolus de l'attaquer en formulant autrement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici la méthode des émissions sanguines. Bien convaincu que le rhumatisme articulaire aigu marchait réellement en tête des maladies inflammatoires les plus *franches et les plus légitimes*, je lui appliquai donc la formule des émissions sanguines copieuses pratiquées coup sur coup, telle que je l'emploie dans la pneumonie, la pleurésie, la péricardite, les graves érysipèles, en un mot, dans toutes ces inflammations fébriles qui compromettent plus ou moins prochainement la vie des malades. J'eus recours à cette méthode, avant même d'avoir bien reconnu que la péricardite et l'endocardite fussent les compagnes ordinaires du rhumatisme articulaire aigu.

Les succès qu'on retire de cette nouvelle formule des émissions sanguines sont tels, qu'on n'y peut réellement ajouter foi qu'après les avoir vus. Je ne suis donc point surpris du *doute philosophique* de quelques personnes. Mais ce qui

me paraît singulier, et fort peu *philosophique*, c'est de voir nier formellement des résultats dont on n'a pas voulu s'assurer par sa propre expérience ou par celle des autres.

Ce que je ne crains pas d'affirmer, c'est que tous ceux (et ils sont nombreux) qui ont été témoins de l'emploi de cette formule, n'ont pu s'empêcher d'être frappés de son immense supériorité sur celles jusqu'ici usitées. Nous avons eu cependant pour témoins des hommes profondément prévenus contre elle, et peut-être aussi encore plus prévenus contre nous : ils ont fini par lui rendre justice.

Par l'emploi de la nouvelle formule, la durée du rhumatisme est, terme moyen, d'un à deux septenaires seulement, au lieu de six à huit.

Quant à la mortalité, jusqu'ici elle a été nulle, même dans les cas où le rhumatisme des articulations était accompagné de celui du cœur, et nos observations prouvent, ainsi qu'il a été déjà dit, que ces cas-là sont la règle, tandis que les cas contraires se rangent dans l'exception. Et qu'on ne croie pas qu'il en soit ainsi dans tous les services. Pour s'en convaincre, qu'on parcoure les hôpitaux, qu'on lise les journaux de médecine : de cette manière on aura bientôt connaissance de cas dans lesquels des rhumatismes articulaires, compliqués de péricardite, d'endocardite ou de pleurésie, ont été mortels. J'ai rap-

porté un certain nombre de faits de ce genre, dans le *Traité clinique des maladies du cœur*.

Un autre avantage de la formule nouvelle, c'est de prévenir le passage de la maladie à l'état chronique, terminaison grave, même lorsqu'elle n'a lieu que pour les articulations, mais souvent mortelle, au bout d'un temps plus ou moins long, quand elle a lieu également pour le cœur. (Et nos observations ne prouvent que trop combien cette dernière circonstance est commune, puisque la moitié, peut-être, des lésions dites *organiques du cœur* se rattachent à une ancienne affection rhumatismale, ou sont, qu'on me passe l'expression, de *race rhumatismale.*)

La *formule* des émissions sanguines qu'il convient d'appliquer au rhumatisme articulaire aigu général, avec fièvre considérable, est donc essentiellement la même que celle par nous exposée à l'article *Pneumonie* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, et à l'article *Péricardite* du *Traité clinique des maladies du cœur.*

II. Le jour de l'entrée du malade (nous le supposons bien constitué et dans la force de l'âge), à la visite du soir, une saignée de 4 palettes est pratiquée (1).

(1) Chez les sujets très sanguins, la première saignée est quelquefois portée à 5 et même 6 palettes (*voy*. le 3e cas de notre

Deuxième jour.— Une double saignée du bras, de 3 palettes et demie à 4 palettes, est pratiquée; et, dans l'intervalle de ces deux saignées, on a recours à une saignée locale, soit par les sangsues, soit par les ventouses scarifiées (procédé que j'emploie de préférence depuis deux ans). Par cette saignée locale, on retire encore 3, 4 et même 5 palettes de sang. Les ventouses sont appliquées autour des articulations les plus malades, et sur la région précordiale, quand le cœur est sérieusement pris lui-même, c'est-à-dire dans la très grande majorité des cas.

Troisième jour. — Une saignée du bras pareille à celle de la veille, et une seconde application de ventouses (3 à 4 palettes), soit sur la région précordiale, soit autour des articulations.

Quatrième jour. — La fièvre, les douleurs, le gonflement, en un mot tout l'appareil inflammatoire a quelquefois cessé dès le quatrième jour. Dans ce cas, on s'abstient de nouvelles émissions sanguines; dans le cas contraire, une nouvelle saignée du bras de 3 à 4 palettes est pratiquée.

Cinquième jour. — En général, la résolution de la maladie est en pleine activité ce jour-là.

Dans les cas très graves cependant, la fièvre dite rhumatismale peut être encore assez pro-

1[re] catégorie); mais, en général, on s'en tient à la dose de quatre palettes.

noncée, et une saignée du bras de 3 palettes, ou bien une émission sanguine locale de la même dose, est encore pratiquée.

Dès le sixième, septième ou huitième jour, la convalescence se déclare franchement, et l'on peut commencer à nourrir les malades.

S'il survient des récidives sérieuses (la formule *nouvelle* n'en préserve pas, mais elle y expose moins, peut-être, que l'*ancienne*), on peut être forcé de recourir encore à la saignée. C'est ainsi que, dans un cas où quatre saignées avaient *jugulé* un grave rhumatisme articulaire aigu, il survint une violente récidive, dont nous ne pûmes nous rendre maître que par cinq nouvelles saignées.

Si les récidives sont légères, on peut s'en tenir aux émolliens, à la diète, aux bains, aux opiacés, etc., et laisser la maladie se prolonger quelques jours de plus.

Pour éviter les récidives, la plus importante précaution à prendre de la part des malades, c'est d'éviter, avec le dernier soin, le plus léger refroidissement.

Les moyens *adjuvans* des émissions sanguines coup sur coup sont : la diète, les boissons émollientes, les vésicatoires, la compression exercée autour des articulations malades, l'application de compresses enduites de cérat mercuriel sur ces parties, auxquelles on donnera la position et l'attitude les plus favorables à la résolution; les

cataplasmes émolliens; les bains, l'opium à dose ordinaire, soit intérieurement, soit endermiquement (1).

La quantité moyenne de sang que nous retirons, chez les sujets bien constitués, dans les cas de rhumatisme articulaire aigu intense, est de 4 à 5 livres, comme dans la pneumonie de moyenne étendue et de moyenne intensité.

Dans certains cas de rhumatisme articulaire très intense, on peut être obligé de retirer jusqu'à 6, 7 et même 8 livres de sang.

Dans les cas légers, au contraire, la dose du sang enlevé ne dépasse pas 2 ou 3 livres. (Il est bien entendu que, même dans les rhumatismes que nous appelons ici légers, la fièvre existe cependant : car, dans les rhumatismes apyrétiques, il suffit souvent d'une seule saignée, et quelquefois même on peut s'en abstenir.)

Même dans les cas extrêmes, nous n'avons jamais dû retirer douze livres de sang, ainsi que d'autres assurent l'avoir fait, sans néanmoins arrêter, disent-ils, le cours de la maladie. Il faut vraiment jouer de malheur, qu'on me fasse grâce de cette expression, pour qu'un rhumatisme ainsi traité *ait semblé* se terminer seulement le vingt-cinquième jour, et soit ensuite revenu au

(1) Quelques médecins emploient maintenant l'opium à haute dose. Si ces médecins réussissent mieux que par la méthode que nous suivons, nous leur en ferons très volontiers le sacrifice.

bout de quelques jours (1). En effet, avec 12

(1) Ce malheur est arrivé à M. Chomel, ainsi que je le lui ai entendu dire, et le fait a d'ailleurs été publié dans un journal, auquel nous emprunterons le passage suivant :

« L'emploi des émissions sanguines a souvent été suivi de » soulagement; mais quoiqu'on les ait employées largement, on » n'a jamais pu *juguler* la maladie (le rhumatisme). Je rappellerai » entre autres l'observation d'un malade à qui on tira DOUZE livres » de sang : la maladie *sembla* se terminer le vingt cinquième jour, » mais elle revint au bout de quelques jours et se prolongea » pendant une quinzaine. » (*Lancette franç., résumé de la Clinique de M. Chomel;* 1er octobre 1835.)

Nous n'avons rien à répondre à cela, sinon qu'en mettant en usage la formule que nous venons de faire connaître, on obtiendra les mêmes résultats que nous. Encore une fois, il n'y a pas de comparaison à établir entre les effets produits par la soustraction de 4 à 5 livres de sang, dans l'espace de 3 à 4 jours, et ceux produits par la soustraction de la même quantité de sang dans l'espace de huit, dix, quinze jours et même plus.

Certainement, si M. le docteur Roche, dont le profond savoir et la bonne foi sont connus de tout le monde, voulait bien mettre à l'épreuve la formule que nous proposons, il ne tarderait pas à reconnaître que fixer à 40 jours la durée moyenne du rhumatisme articulaire aigu, c'est faire plus qu'en doubler le chiffre. Je dirai plus : c'est que si M. Roche avait calculé la durée de cette maladie sur les cas dans lesquels il a employé sa propre formule, la meilleure de toutes celles proposées jusque là, il n'aurait pas exprimé la durée du rhumatisme par un chiffre aussi élevé. Toutefois, une vérité d'expérience aussi claire que le jour, c'est que les 5, 6 ou 7 saignées, faites en 5, 6 ou 7 jours, c'est-à-dire, une chaque jour seulement, n'abrègent point la durée du rhumatisme, autant que le font des saignées en même nombre, pratiquées coup sur coup, ainsi que nous l'avons exposé plus haut.

Je ne sais vraiment pourquoi tant de personnes sont journellement à nous répéter qu'*elles saignent aussi comme nous, et que*

livres de sang retirées par la formule indiquée, il y a largement de quoi guérir en dix à quinze jours, et sans retour, deux rhumatismes articulaires aigus. On trouvera, sans doute, quelques

néanmoins elles n'obtiennent pas les résultats que nous annonçons. Non, et cent fois non, on ne saigne pas suivant notre formule, quoi qu'on en dise. En voici la preuve :

J'avais entendu soutenir à deux praticiens célèbres, qu'ils avaient saigné chacun un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, par la formule des saignées coup sur coup, et que cependant ils n'avaient point obtenu les succès par nous indiqués. Or, on verra par le récit des cas dont il s'agit, qui m'a été communiqué par des personnes dont le témoignage inspire une pleine confiance, qu'on s'est étrangement trompé, si l'on a cru avoir saigné à notre manière, et que partant il n'est pas étonnant qu'on n'ait pas obtenu les mêmes effets que nous.

PREMIÈRE OBSERVATION. (*Communiquée par M. Michel.*)

François Hachette, âgé de 25 ans, menuisier, d'une constitution très robuste, d'un tempérament sanguin, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut pris, le 19 juillet, dans la soirée, après un travail pénible dans un endroit bas, humide et exposé à des courans d'air, de frissons suivis de chaleur, puis de douleurs dans le coude et le poignet gauches, dans les deux genoux et les articulations tibio-tarsiennes. Hachette fut obligé de se coucher ; et après quatre jours de lit, pendant lesquels il ne fit que boire de l'eau et du vin, il se décida à entrer à l'hôpital de la Faculté.

Examen du malade le 23 juillet, jour de l'entrée : décubitus en supination ; face rouge ; peau chaude, couverte d'une sueur abondante ; le coude et le poignet gauches, les deux genoux, les articulations tibio-tarsiennes, sont tuméfiés, rouges, douloureux ; le malade ne peut remuer aucune de ces parties.

Prescription : *Une saignée de 3 palettes, boissons émollientes, diète.*

rares exceptions; mais, en bonne logique, les exceptions ne font pas loi et *ne détruisent pas la règle.*

24 juillet. — Le malade offre les mêmes symptômes; la saignée l'a peu soulagé; la peau est chaude, la fièvre forte.

Une saignée de 3 palettes, boissons émollientes, diète.

25. — Le malade remue un peu les genoux et les pieds, qui sont moins douloureux; le coude et le poignet gauches sont encore tuméfiés, rouges; le pouls conserve sa fréquence.

Une saignée de 4 palettes, boissons émollientes, diète.

26. — La fièvre est moins forte, les articulations moins tuméfiées; cependant le malade ne peut encore sortir de son lit.

Boissons émollientes, potages.

Pendant la journée du 27, le malade sort de son lit et se promène dans les salles.

28. — Le pied gauche est enflé, douloureux; le pouls a repris sa fréquence.

12 *sangsues au pied gauche, cataplasmes, boissons émollientes, diète.*

29. — Le pied gauche est moins tuméfié, moins rouge: mais le pied droit commence à devenir douloureux; la fièvre est toujours forte.

15 *sangsues au pied droit, boissons émollientes, cataplasmes.*

30. — Le malade remue un peu les pieds; le pouls a perdu de sa fréquence.

Boissons émollientes, cataplasmes, potages.

31. — Les pieds sont à peu près dégagés; les autres articulations entreprises sont encore un peu tuméfiées, mais peu douloureuses.

Bain.

Par un temps froid, le malade traverse la cour de l'hôpital pour se rendre à son bain.

1er août. — Les deux pieds sont de nouveau affectés de rhumatisme; la fièvre est forte.

12 *sangsues à chaque articulation tibio-tarsienne, cataplasmes.*

2. — Le soulagement n'est pas appréciable; les pieds sont dans

III. Depuis le mois de septembre 1831, jusqu'au mois de septembre 1835, 84 cas de rhumatisme ont été portés dans les relevés de notre clinique que le *Journal hebdomadaire* a publiés. Tous ces cas se sont terminés par la guérison, hors un seul

le même état d'inflammation ; les genoux commencent à devenir douloureux ; le médecin renonce à l'emploi des émissions sanguines.

Depuis le 2 août, le malade n'a pas quitté son lit ; il a constamment souffert des genoux et des articulations tibio-tarsiennes.

Aujourd'hui, 1er septembre, les genoux sont peu douloureux ; mais le coude et le poignet droits sont rouges, tuméfiés ; la fièvre existe toujours.

Le traitement consiste en des *boissons émollientes, des cataplasmes laudanisés*, *et quelques gouttes d'oxymel scillitique.*

Je le demande, en conscience, est-ce la formule des saignées coup sur coup (4 dans l'espace de 24 heures, y compris la saignée locale), qui a été employée chez le précédent malade? Et cette observation dont on a argué pour attaquer les résultats de notre formule, n'est-elle pas, au contraire, une nouvelle preuve de son incontestable supériorité sur les autres formules, puisque en effet les émissions sanguines, bien que n'ayant point éte ménagées ici, mais ayant été pratiquées à de trop longs intervalles les unes des autres, n'ont pas été suivies d'une prompte guérison, et n'ont pas même enrayé notablement le cours de la maladie? Encore une dernière fois, nous savons très bien que les saignées ainsi pratiquées ne *jugulent* pas les maladies, ne les guérissent pas même très souvent, et c'est précisément parce que nous savons parfaitement cela, que nous avons proposé une autre formule.

Mais voyons la seconde observation.

SECONDE OBSERVATION.

Le sujet de cette seconde observation est une domestique de

que j'ai cité à l'article des caractères anatomiques du rhumatisme articulaire aigu. J'ai déjà dit qu'à l'époque où ce fait fut recueilli, je n'avais point encore employé la formule des saignées coup

22 ans, à laquelle on disait avoir vainement retiré 10 à 12 livres de sang par la méthode des saignées coup sur coup. Elle était depuis deux mois et demi à l'Hôtel-Dieu, qu'elle n'était pas encore guérie, et cependant le rhumatisme articulaire aigu pour lequel elle avait été reçue ne datait que de trois jours, au moment de son admission.

Elle sortit sans être entièrement guérie ; et, quinze jours plus tard, elle fut admise à l'hôpital de la Charité (service de M. Fouquier), les douleurs articulaires étant alors peu vives, mais presque générales.

C'est là que M. le docteur Jules Pelletan recueillit des détails sur la manière dont elle avait été traitée à l'Hôtel-Dieu. Or, il résulte de ces détails qu'au lieu d'avoir été saignée coup sur coup, comme nous le pratiquons, elle n'avait pas même été saignée tous les jours, mais bien de deux jours l'un, jusqu'au 8ᵉ jour.

De plus, 15 sangsues furent appliquées à l'épaule droite, 8 aux poignets, 28 aux malléoles (bien entendu que toutes ces sangsues furent appliquées à plusieurs reprises différentes).

Dans cette seconde observation, ce dont on doit être étonné, ce n'est pas de la longue durée de la maladie, mais bien de ce que de pareils faits soient donnés à titre d'exemples des saignées pratiquées suivant notre formule.

Et voilà justement comme on écrit l'histoire!

En définitive, pour la juste appréciation de la formule des émissions sanguines coup sur coup, nous en appelons à l'opinion publique éclairée par une saine expérience. C'est de ce tribunal suprême que relèvent toutes les questions de ce genre.

sur coup, telle que je l'ai exposée précédemment; d'où il suit que, depuis l'époque où j'ai usé de cette formule, aucun malade n'a succombé.

Voici quelques détails sur dix cas qui furent observés pendant le second semestre de l'année scolaire 1832-1833, et que j'ai publiés alors dans le *Journal hebdomadaire* (1). A la suite de cette analyse, nous offrirons un tableau statistique de seize autres cas observés en 1834, et déjà publié dans un des *résumés* de M. le docteur J. Pelletan, chef de clinique.

Chez la plupart des dix malades de 1832-1833, la fièvre fut des plus intenses.

Ces rhumatismes se développèrent sous les mêmes conditions atmosphériques, *sous la même constitution médicale*, que les pleuro-pneumonies reçues en très grand nombre à la même époque. Il y a plus : c'est que quelques uns de nos rhumatisans étaient en même temps atteints de pleuro-pneumonie ou de péricardite (1).

Deux cas furent très légers, et ne réclamèrent pas les larges émissions sanguines.

Sur nos 10 malades, il y eut 7 hommes et 3 femmes.

(1) N° du 25 janvier 1834.

(2) C'est vers cette époque que je commençai à entrevoir la oi de coïncidence entre le rhumatisme des articulations et le

1° HOMMES (*Salle Saint-Jean-de-Dieu.*)

1er malade (19 ans), couché au n° 26. — 3 saignées de 4 palettes chacune; 24 sangsues. — Guéri le seizième jour après l'entrée.

2e malade (59 ans), couché au n° 13, moins fortement pris que le précédent. — 2 saignées de 3 à 4 palettes. — Guéri le dixième jour.

3e malade (22 ans), couché au n° 1. (Rhumatisme d'une assez grande intensité.) — 2 saignées de 3 à 4 palettes; 90 sangsues. — Guéri le quinzième jour.

4e malade (22 ans), couché au n° 11. — 2 saignées de 3 à 4 palettes; 16 sangsues. — Guéri le seizième jour.

5e malade (45 ans), couché au n° 9. — 3 saignées de 3 à 4 palettes. — Guéri le vingtième jour.

6e malade (25 ans), couché au n° 12. (Rhumatisme très intense, occupant presque toutes les articulations.) — 7 saignées de 3 à 4 palettes; 58 sangsues. — Guéri le vingt-cinquième jour.

7e malade (30 ans). (Rhumatisme des plus intenses qu'on puisse rencontrer, occupant presque toutes les articulations, avec fièvre très vio-

rhumatisme du cœur, entre l'arthrite *rhumatismale* et la péricardite et l'endocardite *rhumatismales*.

lente.) — 4 saignées de 3 à 4 palettes ; 44 sangsues. — Guéri le quatorzième jour.

— Rechute grave, à la suite d'un refroidissement. — 5 nouvelles saignées de 3 palettes. — Guéri de nouveau, seize jours après la rechute.

2° FEMMES. (*Salle Sainte-Madeleine.*)

8e malade (19 ans), d'une constitution délicate, couchée au n° 9. (Rhumatisme intense, et l'un de ceux qui furent compliqués d'endocardite rhumatismale.) — 4 saignées de 2 à 3 palettes; 6 sangsues. — Guérie le seizième jour (1).

9e malade (23 ans), couchée au n° 7. (Rhumatisme peu intense. — 20 sangsues. — Guérie du huitième au dixième jour.)

10e malade (43 ans), chlorotique, atteinte d'un catarrhe utéro-vaginal. — 1 saignée de 2 à 3 palettes; 15 sangsues. — Guérie le seizième jour.

Nota. Voici les moyens adjuvans : Boissons adoucissantes, diaphorétiques, bains; préparations opiacées, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur; quelques légers minoratifs ; compression sur les articulations, où il persistait de l'empâtement sans douleur; diète absolue, jusqu'à cessation de la fièvre.

(1) A la sortie de la malade, il existait encore un bruit de soufflet assez fort, qui masquait le claquement valvulaire du cœur. Le rhumatisme *extérieur* était entièrement dissipé.

TABLEAU STATISTIQUE de 16 cas de rhumatisme articulaire aigu, traité par la formule des saignées générales *et locales coup sur coup, pendant les cinq mois de l'année* 1834 (1). SALLE SAINT-JEAN-DE-DIEU (hommes).

NUMÉROS.	DATE DE LA MALADIE à l'entrée.	SAIGNÉES du BRAS.	SANGSUES.	VENTOUSES SCARIFIÉES.	DURÉE du TRAITEMENT.	EPOQUE DE LA GUÉRISON après l'entrée (2).
2	8e jour.	1 (4 palet.)	32	»	9 jours.	17 jours.
id.	5e	4 (15 p.)	12	»	9	14
7	15e (rh. born. au gen.)	»	30	3 (10 pal. ½)	17	32 (3)
10	15e	4 (17 p.)	»	»	10	25
11	8e	3 (11 p.)	»	»	6	14
12	3e	6 (20 p.)	20	1 (3 pal. ½)	23	26
13	15e	3 (12 p.)	»	»	7	22
14	8e	2 (9 p.)	94	2 (6 pal.)	14	22
16	15e	4 (16 p.)	»	»	6	21
id.	7e	2 (7 p.)	40	»	8	15
26	6e	1 (4 p.)	»	»	7	13
SALLE SAINTE-MADELINE (femmes).						
3	5e	2 (7 p.)	»	2 (6 pal.)	12	17
4	7e	4 (12 p.)	11	»	12	19
7	3e	1 (3 p. ½)	24	»	11	14
9	3e	7 (24 p.)	»	»	16	19
12	5e	5 (11 p.)	157	»	15	20

NOTA. — La *moyenne* de la dose des émissions sanguines générales et locales, dans les cas ci-dessus, a été d'environ 4 à 5 livres.

La *moyenne* de la durée jusqu'à complète guérison a été de 19 jours.

(1) Chez un seul malade, une saignée du bras de 4 palettes suffit à la guérison.

Les moyens adjuvans furent les suivans : chez neuf des malades, quelques opiacés; chez deux, un vésicatoire, plus, un purgatif chez l'un d'eux; chez deux, des bains; chez trois, des frictions mercurielles, avec ou sans compression des articulations.

(2) Nous ne portons ici comme guéris que les malades qui n'ont plus de fièvre, qui se lèvent, marchent et mangent le quart, la demie et les trois quarts.

(3) On remarquera que chez ce malade, le rhumatisme fut borné au genou, et qu'il fut le plus long, le plus rebelle de tous. Ce n'est pas, au reste, le seul cas de ce genre que nous ayons rencontré. Lorsque la maladie se concentre ainsi sur quelques articulations, elle a généralement plus d'intensité, plus de profondeur que dans les cas où elle est éparpillée sur un très grand nombre d'articulations On remarquera également que chez ce malade le rhumatisme datait de quinze jours au moment de l'entrée, et que cependant il s'est terminé moins rapidement que ceux des malades arrivés quelques jours seulement après le début de leur maladie. Cette observation s'adresse à ceux qui ont répondu à nos relevés, en disant que dans le cas où le rhumatisme était guéri aussi promptement que nous l'annoncions, c'est qu'il existait déjà depuis long-temps au moment de l'entrée. Cette objection nous a paru bien bizarre; car, règle générale, on guérit d'autant plus rapidement le rhumatisme articulaire aigu, qu'il est de date plus récente, au moment de l'entrée des malades.

§ IV.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

Je terminerai ce chapitre par la relation de deux observations détaillées d'un rhumatisme articulaire très aigu, rapidement guéri par les saignées coup sur coup, bien que dans un des deux cas au moins le cœur fût sérieusement pris. Mais qu'il me soit permis de les faire précéder de l'analyse de huit observations analogues déjà publiées dans le *Traité clinique des maladies du cœur*.

Le sujet de la 27ᵉ observation de ce *Traité* était malade depuis huit jours, lorsqu'il entra à la clinique, le 10 mai. Traité par les émissions sanguines coup sur coup, il était complètement guéri, quinze jours après l'entrée, et mangeait le quart.

Le sujet de la 33ᵉ observation était malade depuis trois à quatre jours, lorsqu'il fut admis à la clinique, le 8 octobre. Traité comme le précédent, il entrait en convalescence, le cinquième jour après l'entrée. Il voulait sortir vers le dixième jour, mais comme le cœur nous paraissait encore entrepris, nous le fîmes rester jusqu'à la fin du mois.

Dès le septième jour du traitement, le pouls était tombé de 96 à 56.

Le sujet de la 34[e] observation ayant déjà éprouvé six atteintes de rhumatisme articulaire, en subissait une septième depuis cinq à six jours, lorsqu'il fut reçu à la clinique, le 6 décembre. Il était bien guéri à la fin du mois, après avoir été saigné plusieurs fois coup sur coup. — Le 3 janvier, il survient une pleurésie qui cède rapidement à de nouvelles émissions sanguines, et il sort le 18 du même mois. La matité précordiale, qui, à l'entrée, occupait une surface de 16 pouces carrés, était réduite à une surface d'un pouce carré.

Chez les sujets des observations 84[e] et 85[e], les mêmes moyens furent suivis des mêmes résultats.

Il est curieux et instructif de rapprocher de ces cas ceux dans lesquels la maladie fut traitée par les émissions sanguines à la manière ordinaire, ou par des moyens autres que la saignée. On n'insiste pas assez aujourd'hui sur cette *thérapeutique comparée.*

Le sujet de l'observation 30[e] du *Traité clinique des maladies du cœur,* qui me fut communiquée par un jeune observateur d'un rare mérite, M. Fournet, actuellement interne à

l'Hôtel-Dieu, était malade depuis trois jours, lorsqu'il fut reçu dans le service de notre honorable et savant confrère, M. le docteur Dalmas, le 27 juin. Depuis le 28 de ce mois jusqu'au 18 juillet, il fut saigné cinq fois du bras (1), et il eut 75 sangsues en quatre fois. Cependant, le 20 juillet, la péricardite existait encore à un haut degré, et le pouls était à 102. — Le malade ne sortit que le 12 août, n'étant pas encore entièrement revenu à son état normal.

Son séjour fut donc de six semaines.

Le sujet de la 31e observation fut aussi traité par moi d'après l'ancienne méthode, assez largement appliquée; cependant la convalescence ne commença qu'au bout de vingt jours, et, à la sortie du malade, d'ailleurs très bien sous tous les autres rapports, le bruit de soufflet du cœur n'avait pas encore entièrement disparu.

Le sujet de la 32e observation est un enfant de douze ans, qui fut reçu dans le service de M. Baudelocque, le 11 octobre; il n'était malade

(1) Les 4 premières saignées, de 3 palettes chacune, furent pratiquées les 28, 29, 30 juin et 1er juillet; la 5e saignée, de 2 palettes, fut faite le 9 juillet. Des vésicatoires, des purgatifs, le vin de Malaga et des synapismes furent aussi employés. (Le vin de Malaga fut prescrit pour combattre des phénomènes ataxiques.)

que depuis deux jours. Traité par un purgatif et l'émétique à haute dose (1), il ne fut en état de sortir de l'hôpital que vers le 25e jour. A cette époque, *il existait encore un bruit de soufflet dans la région précordiale; la respiration devenait parfois gênée, et le plus léger écart de régime ramenait la diarrhée.*

Chez le sujet du premier cas rapporté dans le chapitre premier de *ces nouvelles recherches*, le tartre stibié et les saignées, pratiquées à de trop longs intervalles, n'ont pu arrêter la maladie.

De la comparaison de ces faits avec les précédens et avec les deux observations ci-dessous, auxquelles je pourrais en ajouter d'autres que je recueille journellement, il faut nécessairement conclure que les émissions sanguines coup sur coup ne peuvent, quant à présent du moins, être avantageusement remplacées par aucune autre méthode, entre autres par celle dite *expectante* (2).

(1) M. Dance a démontré dans un beau travail l'inefficacité du tartre stibié à haute dose contre le rhumatisme articulaire aigu.

(2) Nous avons, au n° 4 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un nouvel exemple de cette vérité. Un homme entre avec un rhumatisme léger. Nous abandonnons la maladie à la *nature*, secondée par les bains, la diète et les émolliens. *Seize jours* s'écoulent sans que la guérison arrive. Bien plus, aux légers signes

OBSERVATION 1re.

Rhumatisme articulaire aigu occupant les pieds, les genoux, les mains, les coudes, etc. Cinq saignées en cinq jours, et vingt-quatre sangsues. — Convalescence les sixième et septième jours après le commencement du traitement.—Point de rechute.—Sortie, le dix-septième jour.

Berquin (J.-B.), âgé de 28 ans, canonnier en congé illimité, brun, d'une forte constitution, arrivait de Metz depuis une quinzaine de jours, lorsqu'il fut admis à la clinique, le 19 décembre 1833. Pendant la route, il avait été soumis à la pluie, au vent et à la fatigue. Toutefois, ce n'était que depuis cinq à six jours qu'il éprouvait des douleurs dans les membres inférieurs, assez fortes pour l'avoir obligé de s'aliter. Rien n'avait été fait jusqu'à l'entrée du malade.

Le 20, les douleurs persistaient dans les articulations des membres inférieurs, et spécialement dans les genoux. Les articulations des membres supérieurs étaient très légèrement prises. Il y avait un peu de gonflement sans rougeur aux

d'une endo-péricardite s'ajoutent les signes évidens d'un double épanchement pleurétique. Alors, nous employons les émissions sanguines coup sur coup, et le malade, au bout de 7 à 8 jours, est en pleine convalescence.

genoux; le moindre mouvement augmentait les douleurs; aussi le malade était-il immobile dans son lit, comme s'il eût été profondément prostré; le visage était rouge, animé; le pouls fort, plein, large, à 96-100 par minute; peau sudorale (la sueur est visqueuse et exhale un odeur fade); insomnie, soif, inappétence; langue blanche au milieu, rouge sur les bords et à la pointe.

Prescription : 2 saignées de 4 palettes : infusion de fleurs de sureau et de coquelicot, 3 pots; cataplasmes, lavemens, diète.

Le 21, soulagement des douleurs des membres inférieurs, mais augmentation de celles des membres supérieurs; les poignets et les mains sont gonflés, rouges, chauds, et le moindre mouvement très douloureux. Les coudes et les épaules sont pris à un moindre degré.

Une nouvelle saignée de 4 palettes, 12 sangsues à chaque main; le reste *ut suprà.*

Le 22, soulagement général, moins de fièvre, moins d'immobilité et de prostration; les poignets sont moins rouges et moins douloureux.

Une quatrième saignée.

Le 23, le malade est très bien; la fièvre est nulle; pouls à 80; peau d'une douce chaleur, moite; nulle douleur. (Saignée conditionnelle, le soir.)

A huit heures du soir, récrudescence des douleurs dans les poignets et les épaules. Le matin, les douleurs s'étaient calmées. (La saignée conditionnelle ne fut point pratiquée.)

Le 24, pouls encore fort, plein, dur, à 80-84. Pour en finir avec la maladie, une nouvelle saignée de 3 palettes et demie est prescrite. — On permet 2 tasses de bouillon de poulet.

Le caillot des 5 saignées s'est recouvert d'une couenne, ou plutôt d'une véritable membrane d'un blanc grisâtre, très polie à sa surface libre, très résistante. La quantité proportionnelle du sérum a augmenté depuis la première saignée jusqu'à la cinquième.

Le 25, le malade est parfaitement bien. Le pouls est à 80-84, moins dur et moins plein. Convalescence. (3 bouillons, 1 soupe aux herbes, 6 pruneaux.)

Les jours suivans, point de rechute, quelque *ressentiment* de douleur dans les articulations des membres supérieurs, sans rougeur ni gonflement, et qui gêne seulement un peu les mouvemens.

On augmente les alimens et on prescrit des bains simples.

Le malade se trouvant parfaitement rétabli, demande sa sortie le 5 janvier 1834 : il mangeait les trois quarts depuis quelques jours.

Ainsi, voilà un rhumatisme articulaire aigu occupant presque toutes les articulations, avec fièvre intense, qui a été réellement *jugulé* en cinq jours d'un traitement énergique, et la guérison s'est maintenue si bien que, dix-sept jours après son entrée, le malade a pu quitter l'hôpital.

OBSERVATION IIe.

(*Recueillie par M. le docteur* Raciborski.)

Rhumatisme articulaire aigu occupant les mains, les coudes, les articulations scapulo-humérales, les deux genoux et le pied droit. — Cinq saignées en quatre jours. — Cataplasmes sur les articulations. — Narcotiques. — Convalescence les quatrième et cinquième jours après le commencement du traitement. — Point de rechute. — Sortie le treizième jour.

Françoise Vilette, âgée de 27 ans, n'ayant jamais eu d'enfans, cuisinière, est venue, le 12 mars 1834, à l'hôpital de la Charité, où elle était couchée au no 4 de la salle Sainte-Madeleine. Ses parens n'ont jamais eu de rhumatismes. A l'âge de six semaines, elle a eu la petite vérole, dont elle porte des marques sur la figure; sa constitution est forte. Depuis l'âge de 18 ans, époque de la première menstruation, les règles viennent toujours très abondantes et régulièrement. Elle est à Paris depuis 4 mois, et habite une maison humide. Son état l'expose souvent aux vicissitudes de la température; souvent elle

est obligée de descendre dans la cave, après s'être échauffée auprès du feu de la cuisine. Il y a cinq jours qu'elle a commencé à éprouver de légères douleurs dans la région lombaire, lesquelles se sont continuées les deux jours suivans.

Le surlendemain, elle a commencé à éprouver beaucoup de gêne dans les genoux; mais les bras saisissaient encore bien les objets de la cuisine. Du reste, elle n'éprouvait point de chaleur, point de frisson, pas de céphalalgie.

Les douleurs des membres inférieurs augmentèrent dans la journée, et la malade, n'ayant pu continuer ses occupations, fut obligée de se mettre au lit. Le soir, on envoya chercher un médecin, qui lui fit une large saignée du bras, et ordonna, pour tisane, une décoction d'orge miellée. Le quatrième jour, la malade trouvant ses membres de plus en plus engourdis, se rendit à l'hôpital.

14 mars. — Il est impossible à la malade de porter le bras droit sur la tête; douleur dans toutes les articulations; visage animé; râle sibilant à la partie antérieure et postérieure de la poitrine.

Prescription : saignée de 3 à 4 palettes, renouvelée le soir; infusion de fleurs de guimauve et de violette édulcorée avec le sirop de gomme, deux pots; potion gommeuse, avec une demionce de sirop diacode.

15.— La malade ne sent plus qu'un peu d'engourdissement dans les jambes, et principalement dans le pied droit. Mais les genoux sont gonflés, rouges et douloureux. Toutes les articulations des membres thoraciques sont attaquées, et les poignets surtout, au plus haut degré. — Un peu de toux sans expectoration. Râle sibilant dans toute l'étendue de la poitrine. La résonnance y est bonne partout. 104 à 108 pulsations; 28 inspirations par minute. La peau est chaude; visage coloré; langue blanche; soif; selles et urines normales.

Le sang de la première saignée offre une couenne générale, mais peu épaisse, et celui de la dernière une couenne partielle, mais d'une épaisseur plus considérable.

Saignée de 4 palettes par une large ouverture. — Infusion de guimauve et de violette, édulcorée avec le sirop de gomme, 3 pots; pot. gomm. avec une demi-once de sirop diacode; cataplasmes autour des articulations douloureuses. Diète.

16. Le caillot est en champignon, d'une densité remarquable; la couenne est très prononcée. —Les bras sont seuls un peu engourdis, mais pas aussi douloureux qu'hier. Les genoux qui étaient le plus attaqués ne sont point douloureux, et la malade peut les plier facilement.

Langue moins blanche et moins épaisse. Beaucoup de soif. 88 pulsations; la malade a de grandes sueurs.

Quatrième saignée de 3 palettes.

17. Le sérum du sang est prédominant; caillot dense et recouvert d'une couenne épaisse avec des bords relevés. —La malade va très bien; il ne lui reste qu'un peu de douleur dans le poignet et les articulations scapulo-humérales, principalement la gauche. 88 pulsations par minute. Le pouls est ondulant et développé.

Cinquième saignée de 3 palettes; eau gazeuse; 2 pilules, d'un quart de grain d'extrait d'opium chacune; 2 tasses de bouillon de poulet.

18. Le caillot de la saignée est couenneux, avec des bords relevés; sa consistance est bien marquée. —La malade n'éprouve qu'un peu de gêne dans le poignet droit. 67 pulsations. Convalescence.

Infusion de guimauve et de violette, édulcorée avec sirop de gomme, 2 pots; —2 pilules, d'un quart de grain d'extrait d'opium chacune. —2 tasses de bouillon de poulet.

19. La malade ne ressent plus de douleur dans aucune articulation. (2 bouillons; 3 potages 1 tasse de lait. Pilules opiacées, comme hier.) ;

20. Le bien-être continue. 64 pulsations. Le

pouls est assez développé. (*Ut suprà.* Bains ; une pomme cuite.)

21. La malade ne souffre nulle part. Elle ne se sent pas beaucoup affaiblie. (*Ut suprà.* Demi-quart.)

22. Elle est dans un état tout-à-fait satisfaisant. (*Idem.*)

23. L'état satisfaisant continue. (Le quart.)

24, 25. La guérison est parfaite. (La demie.)

26. Sortie.

FIN.

TABLE
DES MATIÈRES.

CHAPITRE II.

CHAPITRE III.

CHAPITRE IV.

CHAPITRE V.

CHAPITRE VI.

